

100

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1898

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Décembre 1898, à 1 heure

PAR

Achille FONVIELLE

Né à Guérigny (Nièvre), le 9 juillet 1872.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

*Considérations sur le Traitement des Suppu-
rations et des Hématocèles pelviennes
par la*

COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

suivie de Drainage

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. HUMBERT, professeur.

POIRIER et MAUCLAIRE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1898

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 21 Décembre 1898, à 1 heure

PAR

Achille FONVIELLE

Né à Guérigny (Nièvre), le 9 juillet 1872.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

*Considérations sur le Traitement des Suppurations et des Hématocèles pelviennes
par la*

COLPOTOMIE POSTÉRIEURE

suivie de Drainage

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. HUMBERT, professeur.

POIRIER et MAUCLAIRE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1898



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.BROUARDEL
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires...	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	N
	PINARD

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RETTERRER
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRE.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULLE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALFHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
CHIEF DE LA TOURETTE	trav. anatomiques	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A mes Maîtres

A mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Tillaux

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

En choisissant la colpotomie, comme sujet de notre travail de fin d'études, nous n'avons pas la prétention d'apporter des éléments nouveaux dans un débat clos à peine d'hier ; nous voulons simplement étudier, d'un peu plus près, une question qui nous avait intéressé. Quelques cas observés par nous, chez notre maître M. le Docteur Lejars, nous ont amené à rechercher et à exposer les circonstances, qui font de cette opération, non pas seulement une intervention possible, permise et discutable, mais encore une intervention nécessaire, urgente, sans cesser pour celà, d'être dans quelques cas, l'intervention de choix. Si les avis sont très divers, et même très opposés, sur la valeur de cette intervention, celà tient, croyons-nous, à ce que l'on a peut-être trop considéré la question en bloc, et voulu opposer une méthode à une autre méthode. Il y a en effet, une distinction capitale à faire entre la colpotomie érigée en méthode et considérée comme une rivale de l'hystérectomie et de la laparotomie, et la colpotomie envisagée comme opération d'exception, ou comme opération d'urgence et comme telle, ne s'appliquant qu'à la minorité des cas ; c'est à ce dernier point de

vue que nous nous placerons, ne cherchant pas à faire un parallèle entre cette intervention et les interventions plus radicales, considérées à tort ou à raison, comme plus difficiles et plus périlleuses. L'incision vaginale peut être une opération sans danger, à la portée de tous les praticiens, mais à la condition toutefois que les indications soient nettement posées et que le champ de ces indications ne soit pas trop étendu; si, faute de cette restriction, l'on tend à généraliser la méthode, les difficultés qui peuvent surgir au cours de l'intervention, nécessiteront, ici plus peut-être qu'ailleurs, une sûreté de diagnostic et une habileté opératoire, qui ne sont l'apanage que des véritables chirurgiens. Nous plaçant donc exclusivement au point de vue pratique, nous passerons en revue les diverses suppurations et les hématoécèles pelviennes, et nous exposerons les circonstances qui légitiment une intervention vaginale simple.

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

I. — Pathogénie des suppurations pelviennes chez la femme.

II. — Historique de la Colpotomie.

III. — Manuel opératoire.

IV. — Indications et valeur de l'opération, avec quelques mots sur la symptomatologie et l'évolution dans chaque catégorie.

V. — Contre-indications.

VI. — Résultats.

VII. — Observations et conclusions.

Nous ne saurions quitter cette Faculté, sans adresser nos remerciements et nos hommages aux maîtres qui nous ont guidé, dans nos études médicales.

MM. les Docteurs Hirtz, Chauffart, Th. Anger, Tuffier, nous ont ouvert leurs services, avec une bienveillance dont nous avons gardé le souvenir reconnaissant.

Pendant notre première année d'externat, M. le Docteur Descroizilles, nous a initié au diagnostic et à la thérapeutique si délicate des maladies de l'enfance, nous n'avons oublié, ni l'enseignement, ni la sollicitude toute paternelle, dont nous avons largement bénéficié.

Nous remercions encore M. le Docteur Th. Anger, de nous avoir fait l'honneur de nous accepter auprès de lui, pendant notre 2^e année d'externat. Nous témoignons toute notre reconnaissance à M. le Docteur Lejars, qui fut aussi notre maître à l'hôpital Beaujon ; sa bienveillance et sa bonté se sont depuis, plus d'une fois manifestées à notre égard, qu'il veuille bien nous permettre de lui exprimer ici, notre profonde et respectueuse gratitude.

Nous avons passé notre 3^e année d'externat dans les services de M. le Docteur Guzenheim et M. le Docteur Dreyfus-Brissac, nous les prions d'agréer nos plus vifs remerciements.

M. le docteur Tuffier a mis, avec une extrême obligeance, ses observations à notre disposition ; qu'il veuille bien nous permettre de lui en exprimer ici toute notre reconnaissance.

Nous prions M. le Professeur Tillaux de bien vouloir agréer l'expression de notre profond respect et de nos remerciements, pour le grand honneur qu'il nous a fait, de présider à la soutenance de notre thèse.



CHAPITRE PREMIER

Pathogénie et Classification des suppurations pelviennes

Si l'on fait abstraction des affections tubo-ovariennes, survenant au cours de certaines maladies infectieuses, comme les oreillons et où la pathogénie est peu connue — ou bien au cours de la tuberculose et où l'agent pathogène est sans doute charrié par le sang ; si l'on élimine également les quelques cas de salpingite, paraissant remonter manifestement à une ancienne lésion de l'intestin (entérité, fièvre typhoïde) — comme en a signalé M. Pozzi (1), on peut dire que les suppurations du petit bassin, chez la femme, ont leur point de départ habituel dans une infection génitale et plus spécialement une infection utérine.

Les microbes le plus souvent en cause, sont le streptocoque, et le gonocoque, puis le staphylocoque et le colibacille : mais quelle voie ces agents pathogènes suivent-ils pour arriver jusqu'aux organes du petit bassin ? Une voie unique, quelle qu'elle

(1) Pozzi. *Traité de Cynécologie*, page 662.

soit d'ailleurs, laisse nombre de cas difficiles ou impossible à interpréter et nous envisagerons successivement la voie muqueuse et les voies vasculaires lymphatique et sanguine.

Par la voie muqueuse, l'infection se fait de proche en proche, partant du vagin ou de l'utérus, pour aboutir à la trompe par l'ostium utérinum et, dans certains cas, jusqu'à l'ovaire et au péritoine. La trompe envahie, réagit comme le fait l'urèthre chez l'homme : elle présente des scléroses, des rétrécissements et des dilatations secondaires ; les sécrétions trouvent un écoulement difficile et suivant l'intensité du processus inflammatoire, la lésion aboutit à la sclérose simple, à une suppuration enkystée, à une ovarite et parfois à des lésions péritonéales, si l'ostium abdominal ne s'est pas fermé assez vite. Le fait de rencontrer des annexes dont la lésion réside tout entière dans la trompe, dans ses parties profondes, au voisinage de sa muqueuse, à l'exclusion de toute lésion de l'ovaire et de toute adhérence, démontre bien cette infection par propagation directe, par envahissement muqueux progressif.

Dans d'autres cas, on ne saurait ainsi expliquer la lésion constatée, l'ovaire est le premier, si non le seul frappé et les altérations de la trompe, s'il en existe, siègent dans ses parties superficielles seulement, avec intégrité plus ou moins absolue de sa muqueuse : c'est ce qu'on peut observer surtout dans l'infection puerpérale ou après des manœuvres septiques pratiquées sur un utérus, gravide ou non. Si par contre, on songe aux relations lymphati-

ques, actuellement bien démontrées, qui unissent entre eux l'utérus, la trompe, l'ovaire et le péritoine, on n'éprouve plus dès lors, aucune difficulté à comprendre qu'un abcès de l'ovaire puisse s'observer, avec des lésions plutôt minimales de la trompe.

La voie lymphatique expliquera encore la présence d'organes à peu près sains, mais réunis aux parties voisines, par des tractus plus ou moins abondants et plus ou moins serrés, ou bien la formation de certains phlegmons juxta-utérins, ceux du ligament large en particulier.

La voie sanguine présente aussi son importance, plus particulièrement dans les infections à marche très rapide et elle peut-être ouverte primitivement, à la suite d'un traumatisme utérin, d'une déchirure profonde du col par exemple : des veines ou des veinules mises à découvert, offrent alors une brèche parfaitement accessible aux agents pathogènes. Nous ajouterons que l'infection est, en tout cas, éminemment favorisée par l'état anatomique des tissus après un récent accouchement : les veines, rendues variqueuses par la grossesse, devenant le siège de thrombus ou même présentant des ruptures, qui permettent au sang de s'épancher en nappes plus ou moins étendues (1).

Du reste, quelle que soit la voie suivie par les micro-organismes et quels que soient ceux-ci, ils peuvent, une fois dans la place, déterminer des désordres d'importance et de physionomie variables.

Nous suivrons la division de M. Delbet, qui, au

(1) Pozzi. (Traité de gynécologie), 3^e édition.

point de vue du traitement des suppurations pelviennes, distingue deux grandes catégories :

1° Les unes ayant pour siège des cavités préexistantes, naturelles ou accidentelles : elles ont pour caractères d'être intrapéritonéales et de pouvoir être traitées souvent par une méthode radicale, l'extirpation, ce sont les salpingites, les ovarites et les kystes de l'ovaire suppurés ;

2° Les autres se faisant au sein des tissus : elles ont pour caractères d'être extra-péritonéales ou séparées de la grande cavité abdominale et de ne pouvoir être extirpées ; ce sont les phlegmons, les hémato-cèles suppurées et les pelvi-péritonites.

On pourrait y ajouter une troisième catégorie, comprenant les faits où les deux localisations extra et intra-péritonéales peuvent se compliquer : soit que l'inflammation se soit propagée concurremment vers les annexes et le péritoine, soit que le pus contenu d'abord dans la trompe ou dans l'ovaire, ait fini par vaincre l'obstacle et soit venu directement et secondairement infecter le péritoine pelvien.



CHAPITRE DEUXIÈME

Historique

L'évacuation, par le vagin, des collections purulentes du petit bassin, fut sans doute pratiquée un peu de tout temps, la nature traçant le chemin aux chirurgiens et ceux-ci ouvrant l'abcès, là où il proéminait, conformément au vieux précepte d'Hippocrate. Néanmoins les chirurgiens préférèrent longtemps l'abstention, faute d'indications nettement posées et d'un manuel opératoire précis, paralysés en outre par les résultats pitoyables que donnaient fatalement leurs interventions, privées des ressources de l'antisepsie.

Vers 1830, Velpeau et un peu plus tard Récamier, ponctionnent systématiquement les collections fluctuantes, nettement perceptibles par le toucher vaginal. Chassaignac pratiquait aussi la ponction par le vagin, puis remplaçait le trocart par un drain qui servait à l'écoulement des liquides et à l'injection des substances désinfectantes (Terrier).

Vers 1841, un élève de Récamier, H. Bourdon expose la pratique de son maître et se pose en champion résolu de l'intervention, se proposant ainsi

d'empêcher la formation des fusées purulentes et des vastes décollements qui affaiblissent la femme, ou l'irruption du pus dans le péritoine qui la conduit à une mort certaine (1). L'auteur cite d'ailleurs à l'appui de son opinion, un nombre respectable de guérisons obtenues par cette méthode.

Nonat, reconnaissant la sagesse d'une telle conduite, recommande d'inciser dès que la formation du pus est bien constatée, dès que la fluctuation est nettement appréciable et superficielle.

Barnes estime que la constatation bien nette de la fluctuation, marque le moment favorable pour l'intervention et croit qu'il est prudent de ponctionner d'abord, avec l'aspirateur.

Bernutz, Gaillard-Thomas, sont plus timides : le premier attend pour intervenir, l'apparition de la fièvre hectique et le second, hésitant entre l'abstention et l'intervention donne le conseil suivant : « quand, malgré la présence d'une collection purulente, le malade n'éprouve aucun désordre local ou général, il faut laisser l'abcès s'ouvrir spontanément : si au contraire, la présence du pus donne lieu à des symptômes inquiétants et que la maladie semble suivre une marche défavorable, il faut évacuer le pus : on videra le pus avec le trocart, l'aspirateur ou le bistouri. »

En 1859, Atlec ouvre par le cul de sac postérieur, une collection liquide bombant dans le vagin et quelques temps après, agrandissant la première incision et reconnaissant l'existence d'un kyste der-

(1) Bourdon. — Revue médicale, 1841.

moïde, il rompt les adhérences qui le fixent et l'attire dans le vagin.

Dix ans plus tard, Robert Battey enlève par le vagin un kyste de l'ovaire gros comme une orange et crée ensuite « l'ovariotomie normale » étendant ainsi le champ de la colpotomie.

Spencer Wells, partisan de l'intervention, cite quelques cas très graves, où la mort serait survenue faute d'une ponction qu'il avait d'ailleurs conseillée.

Courty, conseille de ne pas trop attendre, surtout s'il s'agit d'un phlegmon large qui a des tendances à fuser.

Siredey. Danlos se prononcent pour l'expectation, car outre que l'opération n'est pas dépourvue de danger, elle ne met à l'abri, ni de l'ouverture dans un organe voisin, ni des fistules consécutives.

De Sinéty, puis Hégar et Kaltenbach (2) interviennent seulement si la fièvre devient intense où s'ils voient apparaître des signes d'intoxication septique. Dans les autres cas, il vaut mieux attendre l'ouverture au dehors ou dans le rectum !

Emmet (3) veut qu'on ouvre largement toute collection purulente, aussitôt que la fluctuation pourra être découverte. Il donne, en même temps l'analyse d'un mémoire de Brickell (*American Journal of the méd. sciences*. Avril 1887) étendant les indications de l'intervention aux collections séreuses « qui sont un appel pour des suppurations ultérieures. »

(1) Dict. Jaccoud.

(2) *Maladies des Femmes*, Trad. française de Bar.

(3) *Pratique des maladies des femmes*.

Byford admet l'opération dans les suppurations aiguës, à l'exclusion des formes chroniques.

Ce n'est guère qu'à partir de 1883 que l'histoire de la colpotomie présente un véritable intérêt avec les travaux de l'Ecole de Lyon. En 1886, le professeur Laroyenne (1) en donne des indications très détaillées et très étendues et fixe un manuel opératoire qui, s'il n'est pas à l'abri de toute critique, présente du moins, une réelle commodité.

M. Bouilly, substituant l'incision au thermocautère ou au bistouri à la ponction, joint ses efforts à ceux de son collègue de Lyon pour réhabiliter l'incision tombée dans l'oubli.

« L'incision, dit M. Le Dentu, est un bien vieux procédé de traitement des suppurations pelviennes, y compris le pyosalpynx, et pourtant elle a été tellement décriée et dédaignée à l'époque où la laparotomie tendait à envahir la thérapeutique gynécologique, que les chirurgiens qui, comme M. Laroyenne et M. Bouilly, ont fait de sérieux efforts pour la réhabiliter, semblent presque l'avoir inventée à nouveau..... (2).

L'impulsion est donnée et de nombreux chirurgiens apportent le contingent de leurs observations; à Lyon des élèves de Laroyenne étendent les indications de l'incision vaginale en dehors des cas aigus et des collections suppurées. Blanc et Goullioud.

M. Vincent et son élève La Bonnardière modifient le manuel opératoire.

(1) Lyon Médical 1886.

(2) Le Dentu. Gazette des Hôp. 27 février 1892.

A Paris, M. Bouilly, attire d'abord l'attention des chirurgiens, par une série de six observations personnelles couronnées de succès (1), puis reprenant au Congrès de Genève en 1896 cette même question, il pose des conclusions qui ne laissent guère de prise à la critique et rallient bien des suffrages.

D'ailleurs, la colpotomie ne manque pas de partisans. Pean lui-même, le promoteur de l'hystérectomie vaginale, reconnaît avoir obtenu nombre de guérisons, par la simple incision du cul-de-sac postérieur suivie de drainage (2).

Nous ne saurions oublier ici le nom de M. Picqué qui s'est montré en maintes circonstances, partisan de l'incision vaginale et a prouvé que, dans quelques cas, cette voie pouvait encore être excellente non pas pour ouvrir simplement un abcès, mais encore pour extirper des annexes pathologiques (3).

MM. Berger, Le Dentu, Monod, Routier, Tuffier, etc, reconnaissent à l'opération une grande valeur et des indications assez étendues.

D'autres chirurgiens, plus défiant, lui préfèrent les interventions plus brillantes et plus radicales et ne l'admettent qu'à titre d'exception. MM. Richelot, Quénu, Ricard, Pozzi, etc. Nous ne pouvons citer ici tous les noms, on les trouvera d'ailleurs, à leur place logique dans les chapitres qui suivent.

En province et à l'étranger, de nombreux gyné-

(1) Bull. et Mem. de la Société de Chirurgie, 2 juil. 1890.

(2) Gazette des Hôpitaux, 27 juin 1891.

(3) Revue générale de clinique et de thérapeutique, 3 octobre 1889, n° 40.

cologues apportent le contingent de leurs observations personnelles ; nous leur avons fait également de nombreux emprunts et les noms de quelques-uns du moins d'entre eux, sont cités au cours de ce travail.

Les discussions récentes (mai-juin 1898) de la Société de Chirurgie prouvent bien que l'accord n'est pas fait sur cette question, mais si l'on met à part les préférences qui vont à l'hystérectomie ou la laparotomie, on reconnaîtra bien vite, qu'en somme, la colpotomie peut avoir du bon.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les paroles de M. le Professeur Terrier, apportant au Congrès de Chirurgie de 1893, deux observations de suppurations pelviennes, traitées par l'incision vaginale et guéries depuis 18 mois : « Peut-être aurions nous pu recourir à l'incision vaginale, dans un nombre de cas un peu plus grand ; la persistance du maintien de la guérison nous autorise à le faire dans l'avenir. »



CHAPITRE TROISIÈME

Manuel opératoire (1)

I

« Une valve vaginale postérieure, une pince érigne, un bistouri, de longs ciseaux droits et courbes, une pince à pansement vaginal, un drain en T ou un gros drain ordinaire, de la gaze iodoformée ou de la gaze simplement aseptique pour le tamponnement ultérieur : voilà tout ce qu'il faut pour faire une bonne colpotomie; j'ajoute qu'avec une pince érigne, un bistouri et un drain, on peut à la rigueur mener à bien toute la besogne, lorsqu'il s'agit simplement d'ouvrir une grosse collection saillante, mais je rappelle aussi, que dans les cas moins élémentaires, où le liquide ne paraît pas « à fleur de muqueuse », on fera bien de compléter la petite instrumentation plus haut indiquée par deux ou trois pinces languettes. Bien entendu, nous avons là tout prêts et tout stérilisés, le laveur, un tube et sa canule de verre.

La malade sera endormie ; si l'intervention doit

(1) M. le Dr Lejars a bien voulu mettre à notre disposition, pour les reproduire ici, ces quelques pages, extraites d'un travail actuellement sous presse.

se borner à la simple incision d'un abcès qui bombe, on pourra se passer de l'anesthésie ou se contenter de la cocaïne ; mais, en règle générale, et même dans les cas les plus simples, on devra donner le chloroforme ou l'éther, et l'opération en sera toujours plus sûrement et mieux faite.

Faites donc placer votre malade dans l'attitude gynécologique, les cuisses bien écartées et fléchies, les lombes et le haut du tronc un peu soulevés, la région vulvaire à hauteur suffisante pour que vous puissiez, assis devant, manœuvrer en toute aisance et en bonne lumière.

La vulve est rasée, puis lavée et savonnée, ainsi que le périnée, la face supéro-interne des cuisses et le vagin ; dans le vagin, deux doigts frottent successivement les parois, le col, le fond des culs de sac, en promenant partout l'eau tiède savonneuse ; avec une brosse étroite à manche long, vous complèterez par un brossage léger de la muqueuse, la désinfection mécanique. On pratique alors une abondante injection chaude de liqueur de Van Swieten, dédoublée avec de l'eau bouillie, on lave avec la même solution toute la région extérieure et quatre compresses bouillies l'encadrent : le champ opératoire est prêt.

Introduisez la valve postérieure que le relief de la tumeur arrête par en haut et déprimez doucement la paroi vaginale : vous apercevez le col, ou, du moins, s'il est fortement refoulé en avant, vous découvrez suffisamment sa lèvre postérieure pour la saisir, l'abaisser un peu et l'amarrer avec la pince

érigne. Il est toujours bon de s'assurer tout d'abord du col, non pas tant pour abaisser l'utérus, souvent retenu par la tumeur, que pour le fixer et pour fixer avec lui la masse à ouvrir. Si vous n'avez pas de valve, ou que la déviation du museau de tanche vous empêche de le voir, vous pouvez aller à sa recherche avec deux doigts introduits dans le vagin, et conduire sur eux votre pince fixatrice.

Ceci fait, vous avez sous les yeux la tumeur ou, du moins, la région à inciser. L'aspect du cul de sac postérieur n'est, en effet, pas toujours identique.

Quelquefois, c'est une énorme « bosse » arrondie, saillante, en dos d'âne, qui se présente derrière le col et qui descend plus ou moins bas sur la paroi vaginale : le doigt sent là, fort nettement, sous une muqueuse rouge, amincie, une poche tendue, « à plein », que le moindre coup de pointe va crever, et telle est, souvent, en particulier, la forme que revêtent les grosses hématoécèles. Ailleurs, le relief est moins nettement dessiné ; le cul de sac est rempli, nivelé. mais rien ne saille et une muqueuse œdématiée et boursoufflée sépare le doigt de la fluctuation profonde.

La technique, pour simple qu'elle soit, demande donc à être bien réglée, et quelques préceptes, faciles à suivre, permettront de ne jamais s'égarer, quel que soit le type des lésions.

Ne cherchez jamais à ponctionner d'emblée la collection au bistouri, fût-elle tout en relief : incisez d'abord la muqueuse, en travers, d'un cul de sac latéral à l'autre, à la base du col, n'empiétez pas trop sur

les côtés où siègent les vaisseaux ; à mon sens, alors même que la collection est plus développée latéralement, c'est en arrière, par le cul de sac postérieur, qu'elle devra être abordée et qu'elle le sera avec le plus de facilité et sans danger.

Repassez votre bistouri, doucement, le tranchant en avant, d'un bout à l'autre de votre incision, pour sectionner le reste de la paroi vaginale ; du doigt refoulez la lèvre postérieure, qui s'écarte sans peine et découvre le pôle inférieur de la poche, fluctuante.

Tout cela, bien entendu, est l'affaire d'un instant et, dans les gros abcès, dans les grosses collections sanguines du cul de sac postérieur, en deux traits de bistouri, tout est fini : la muqueuse est sectionnée, la poche est ponctionnée et d'un coup de doigt l'accès élargi.

C'est pour les cas un peu plus complexes qu'il est utile de préciser les étapes. Et de fait, vous pouvez rencontrer les éventualités suivantes :

α. — Une fois la muqueuse incisée, vous découvrez tout de suite cette poche tendue, noirâtre, violacée ou jaunâtre, d'un gris sale, dont nous parlions tout à l'heure : plongez-y sans crainte la pointe du bistouri, en la dirigeant d'arrière en avant toutefois, ou bien, avec la pointe des ciseaux, faites une boutonnière et pendant que le sang ou le pus commencent à sourdre, pénétrez plus avant et retirez-les grands ouverts.

Laissez passer le premier flot de liquide et avec deux doigts faisant bailler l'incision, déterminez aux tampons montés, la cavité rétro-utérine et dirigez sur

sa paroi et dans la profondeur un jet d'eau bouillie, qui active et achève l'évacuation.

S'agit-il d'une hématoçèle, le fond est toujours occupé par un magma de caillots, qu'il faut dissocier, au doigt, pour les extraire ; on usera toujours de prudence, dans le déblayage du kyste sanguin et l'on s'abstiendra de frictions trop rudessur la paroi interne, surtout si l'on voit du sang rouge se mêler aux caillots. Il nous est arrivé, comme à tant d'autres, de nous trouver en présence d'un suintement sanguin, en nappe, un peu inquiétant ; chez une femme de 36 ans, après l'évacuation d'une énorme quantité de caillots, d'un fœtus d'environ 4 mois et de volumineux débris placentaires, du sang rouge parut semblant émaner de la partie toute supérieure de la poche, et l'écoulement fut si abondant, malgré un lavage très chaud et la compression des tampons, que je me disposai à faire la laparotomie ; un tamponnement serré eut raison de l'hémorrhagie, et la malade guérit sans la moindre alerte. L'étude de ces accidents nous amènerait à la discussion des indications opératoires générales et du mérite respectif de la voie abdominale et de la voie vaginale, dans les diverses formes et aux divers âges de la grossesse tubaire rompue : pareil exposé ne saurait trouver place ici. En chirurgie d'urgence, ce sera surtout, du reste, l'hématoçèle supprimée qui commandera, en certains cas, l'intervention immédiate et les accidents hémorrhagiques ne sont point alors à redouter. Toutefois, l'opération peut encore être imposée par le brusque accroissement de certaines hématoçèles et par les douleurs, les com-

pressions, les réactions péritonéales qui en résultent : or, cet accroissement soudain relève, le plus souvent, de véritables poussées hémorragiques, d'hémorragies secondaires à proprement parler, et la colpotomie, pratiquée dans ces conditions, ne sera pas sans danger. Ajoutons que l'évolution clinique est d'ordinaire assez nette, dans ces variétés, pour qu'on soit prévenu d'avance et qu'on puisse prendre les précautions nécessaires et se mettre en mesure de recourir, s'il le faut, à la laparotomie.

Lorsqu'on a ouvert un abcès rétro-utérin, après l'évacuation du pus et le lavage de la poche, on fera toujours bien d'examiner avec le doigt, la face interne de la cavité, de rompre les brides qui s'effritent aisément, de rechercher et d'ouvrir les diverticules, les collections secondaires. Cette besogne n'est pas, du reste, exempte de tout danger : elle doit être conduite avec méfiance, et en somme, une fois vidée la collection principale, l'indication d'urgence est en grande partie satisfaite. Avant d'attaquer ces poches « qu'on ne voit pas », on devra s'assurer, à deux fois, qu'elles sont bien circonscrites, bien tendues, bien fluctuantes, on devra se souvenir que les gros plis de la paroi de l'abcès qui se rétracte, peuvent en imposer à un toucher hâtif et que l'intestin est tout près. Enfin, plus l'abcès qui bombait derrière le col est volumineux, et plus il a de chances d'être unique.

3. — L'incision du cul-de-sac postérieur, n'est pas toujours aussi simple que dans ces grosses collections.

Il arrive qu'une fois, la malade endormie, ins-

tallée et préparée, la tumeur que vous aviez sentie en relief au fond du vagin n'apparaît plus, au moment d'inciser, avec autant de netteté : une épaisse nappe d'œdème sous-tend toute la muqueuse et se continue parfois jusqu'à la vulve, elle efface toute saillie et la collection en paraît devenir plus lointaine et plus profonde.

Incisez franchement en travers, à la base du col, comme tout à l'heure : l'existence même de cet œdème est une preuve nouvelle, et qui ne trompe jamais, du voisinage de l'abcès ; incisez la paroi vaginale le long de la face postérieure du col et poursuivez le décollement au doigt, en ne quittant jamais cette face postérieure, qui sera votre meilleur repère, qui vous conduira sûrement et sans danger au pus. Plusieurs fois, j'ai dû remonter ainsi à deux, trois centimètres, à une distance, qu'on trouve toujours plus grande qu'elle n'est en réalité ; poursuivez votre chemin le long du col, sur le col, en refoulant, en dissociant les tissus infiltrés avec le bout du doigt et l'ongle, ou encore, sur le doigt, avec l'extrémité d'une pince, ne vous souciez pas du suintement sanguin, que donne toujours l'incision vaginale ; vous avez d'avance bien et dûment constaté l'abcès ; par cette méthode, il est absolument certain que vous l'atteindrez.

c). Autre éventualité, sur laquelle M. Monod a insisté et que tous les chirurgiens ont eu l'occasion de rencontrer. Vous faites la colpotomie, croyant trouver du pus, vous incisez le cul-de-sac, et, à votre surprise, c'est du liquide séreux que vous voyez

couler tout d'abord, en quantité parfois très abondante ; il n'est pas seul, il est le produit et le témoignage de la pelvi-péritonite secondaire, mais, plus avant, sur les parois de cette loge que vous venez d'ouvrir, vous allez trouver une seconde poche, une poche suppurée celle-là, un pyo-salpinx, lésion primitive et cause initiale de tout le processus. Exemple :

Une jeune femme d'une trentaine d'années souffre depuis six ans, d'une salpingo-ovarite droite, dont les poussées douloureuses ne reparaissent qu'à de longs intervalles. En mars dernier, à la suite de fatigue, survient une crise nouvelle plus aigüe, la température monte chaque soir à 38°5, 39°, 39°5, le pouls est fréquent, le ventre un peu ballonné, bien que la sensibilité soit exclusivement limitée à la région hypogastrique, surtout à droite, le toucher montre très nettement que le cul de sac postérieur est rempli et soulevé par une masse épaisse, mollasse, pseudo fluctuante, qui se prolonge dans le cul de sac latéral droit, en encadrant la moitié correspondante du col et qui est douloureuse à la moindre pression ; l'utérus se trouve de ce fait, immobilisé, sans que l'on constate dans le cul de sac gauche, autre chose qu'un léger empâtement.

Au bout de 8 jours de lit, et malgré le traitement, (injections très chaudes, applications glacées sur le ventre, régime lacté, purgatifs fréquents). l'état local n'a fait qu'empirer : le ventre est souple et indolent, il n'y a de côté, aucune trace de propagation, mais, derrière le col, la tumeur est devenue très saillante, manifestement fluctuante et la permanence de la

fièvre achève de rendre évidente l'existence de la suppuration. L'incision du cul de sac postérieur était tout indiquée, au moins à titre d'opération préliminaire, elle se présentait même avec un caractère d'urgence. Elle fut pratiquée sous l'éther, avec la technique ordinaire. Après incision transversale de la muqueuse et d'une mince couche fibreuse sous-jacente, j'amenai sans peine la collection qui tombait et que je croyais pleine de pus; ce fut du liquide séreux qui s'écoula, en quantité abondante et je pénétrai dans une première poche entièrement lisse.

Ce n'était pas assez et, de fait, en explorant le fond de ce premier foyer, il nous fut aisé de reconnaître une seconde poche, approximativement de la grosseur d'un œuf, de surface arrondie, tendue, fluctuante : elle était adhérente de toutes parts et semblait parfaitement isolée ; une pince languette, conduite sur le doigt, saisit et déchira sa paroi inférieure donnant issue à un flot de pus, (200 grammes environ) d'apparence phlegmoneuse. La face interne de la cavité était tomenteuse et facilement saignante ; elle fut lavée à l'eau bouillie et drainée profondément. Nous avons donc rencontré successivement deux foyers ; un foyer de pelvi-péritonite rempli de liquide séreux : un foyer profond, suppuré, qui n'était autre qu'un volumineux pyosalpinx.

Les cas de ce genre sont loin d'être rares et leur importance est très réelle, puisque, ici, la besogne ne saurait être complète, si la seconde poche, celle de l'abcès, n'est pas découverte ou évacuée. Et cette éva-

cuation qui se fait presque toujours « à couvert » au doigt, exige toutes les précautions que nous avons plus haut énumérées.

Je tiens à rappeler encore une autre variété de faits, dans lesquels on ne trouve pas, une fois vidée la collection séreuse qui remplit le cul de sac de Douglas, la collection suppurée profonde; les annexes, malades, sans doute, ne sont pourtant le siège d'aucune tumeur fluctuante, d'aucun abcès; la pelvi-péritonite paraît être seule en cause, et les accidents aigus, et surtout les douleurs tombent rapidement après la colpotomie, bien qu'elle n'ait pas rencontré de pus. Une femme de 23 ans, qui, depuis longtemps, souffrait du ventre, entre à l'hôpital Baugeon le 19 octobre 1898, dans l'état suivant: la veille, les douleurs ont reparu brusquement, elles s'étendent à tout l'abdomen, mais avec une acuité plus marquée, dans la région sous-ombilicale à droite; l'abdomen est ballonné, le faciès un peu tiré, il y a eu, le 1^{er} jour, quelques vomissements bilieux, qui, depuis, se répètent de temps en temps; le pouls est bien frappé, mais fréquent, la température n'est qu'à 37°,5: en somme, nous trouvons tous les signes d'une pelvi-péritonite de forme assez sérieuse, que le toucher vaginal confirme, en montrant l'utérus en grande partie immobilisé, et le cul de sac postérieur, occupé par une masse mollassse et très douloureuse.

La situation reste la même, pendant les 8 jours qui suivent, mais la tumeur située derrière le col, s'accuse de plus en plus, elle bombe nettement dans le vagin, elle devient manifestement fluctuante. Le

28 octobre, je pratique la colpotomie postérieure et j'ouvre sans difficulté la poche saillante, qui contient environ 250 grammes, d'un liquide séreux, louche ; je pénètre alors dans une cavité rétro-utérine, cloisonnée de brides, au fond et sur les côtés de laquelle, on ne constate aucune autre collection perceptible, elle paraît tapissée, à droite et à gauche, par une sorte de gangue annexielle, adhérente et immobile.

Un drain entouré de gaze iodoformée est laissé dans le cul de sac de Douglas et le vagin tamponné. Après cette intervention, qui ne devait être, dans notre pensée, que palliative et préliminaire, les douleurs cessèrent tout à coup, les accidents de réaction péritonéale disparurent et le résultat parut si satisfaisant à la malade, que le 14 novembre, elle quittait l'hôpital, remettant à plus tard, s'il y avait lieu une intervention plus complète, et pouvait reprendre son travail.

Une jeune femme de 25 ans est prise, à la suite de ses règles, d'une très vive douleur dans la fosse iliaque droite, qui la force à s'aliter ; des vomissements bilieux, du ballonnement du ventre, très sensible sur toute sa surface, ne tardent pas à survenir, et au bout de quelques jours, la malade nous était adressée en vue d'une intervention urgente sur les annexes. Au toucher, on trouvait l'utérus peu mobile, bien qu'il n'existât dans les culs-de-sac latéraux qu'un empatement diffus ; mais le cul-de-sac postérieur était rempli par une collection fluctuante, qui toutefois ne bombait pas en avant, comme il arrive assez souvent ; de plus la douleur, à ce niveau,

était extrêmement vive. Je résolus d'ouvrir d'abord le cul-de-sac postérieur, pour évacuer cette collection, quelle qu'elle fût, et pour me rendre compte de l'état exact des lésions, quitte à faire plus, ultérieurement s'il le fallait. Je fis donc la colpotomie le 22 mars 1898 ; j'évacuai une quantité très abondante de liquide séreux, au moins un demi-litre, et je pénétrai alors dans une cavité incomplètement fermée, au devant et sur les côtés de laquelle je sentais très bien les annexes : celles de gauche me parurent entièrement normales, celles de droite étaient prolabées et adhérentes, et de ce côté l'ovaire était un peu volumineux, mais il n'y avait pas de poche, pas de masse fluctuante, pas de pus. Je me contentai de laisser une petite bandelette de gaze aseptique dans la cavité et je suturai le reste de l'incision. Tamponnement vaginal. J'ai revu cette malade 8 mois plus tard, dans un état excellent et ne souffrant plus.

Nous citerons encore un troisième fait, d'autant plus intéressant que l'évolution des accidents et le volume de la tumeur étaient de nature à faire penser à une hématocele. Il s'agissait d'une femme de 27 ans, qui avait été prise brusquement le 3 août 1898 de violentes douleurs abdominales et de vomissements verdâtres ; quarante-huit heures après, survenait une métrorrhagie abondante, et les pertes avaient continué depuis. On sentait, en arrière et un peu à droite du col, une masse arrondie, volumineuse, sensible plutôt que réellement douloureuse, et qui paraissait remonter jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Le 26, je fis la colpotomie et j'incisai cette

collection rétro-utérine, ce fut du liquide séreux que je vis sortir et en quantité très abondante, qu'on pouvait évaluer à 2 grands verres. Là encore je trouvai une cavité fermée, pas de bosselures saillantes, pas de masses ramollies, aucune trace de collection profonde ; je drainai simplement. Fin avril, le malade sortait de l'hôpital et ne souffrant plus, reprenait sa vie ordinaire.

Ces faits nous semblent démontrer qu'il existe une forme de pelvi-péritonite, à grand épanchement séreux, dans laquelle la colpotomie postérieure, en évacuant purement et simplement la collection, est susceptible de faire cesser brusquement les douleurs et les accidents de réaction péritonéale, et de rendre ainsi, à titre d'opération d'urgence, de réels services. J'ai à peine besoin de dire qu'on ne devra admettre cette variété que sous bénéfice d'inventaire et de sérieux examen, autrement dit, qu'on devra toujours, une fois ouverte la collection séreuse et quelle qu'en soit l'abondance, en explorer minutieusement du doigt la face interne, et rechercher les poches profondes dont nous parlions plus haut.

Quel qu'ait été le résultat de la colpotomie, le drainage et un bon drainage en est le complément nécessaire, et surtout lorsqu'on a ouvert, comme l'éventualité est la plus fréquente, une collection purulente. Le drain devra être porté et maintenu tout au fond de la poche, et dans la seconde poche de l'abcès, dans les faits où deux foyers se superposent : pour qu'il s'y maintienne, on se servira utilement du drain en T, qu'on peut à la rigueur confec-

tionner extemporanément, mais un drain ordinaire tiendra bien en place, s'il est suffisamment appuyé et soutenu par le pansement vaginal ; hormis les cas, où un suintement sanguin nécessiterait quelque tamponnement, on s'abstiendra de laisser des mèches ou des lamelles dans la poche ; le drain seul y sera placé, émargera de l'incision et sera coupé à peu près à mi-hauteur du vagin ; puis des bandelettes de gaze iodoformée ou simplement aseptique seront chiffonnées tout autour de lui et rempliront le vagin, sans tassement serré. Quand la température tombe après l'intervention et ne remonte pas, ou encore lorsqu'il s'agit d'un liquide peu aseptique, comme le contenu d'une hématocele non suppurée, le liquide séreux de la pelvipéritonite, on fera bien de laisser plusieurs jours le tamponnement vaginal ; au 4^e, 5^e, 6^e jour, plus tôt, naturellement, si la température en fournit l'indication, il sera retiré, le drain enlevé, et après une grande injection chaude, qui pénétrera dans la poche, on pourra se contenter souvent d'un nouveau tamponnement, sans drainage, et continuer dès lors, tous les deux jours ou tous les jours, les injections.

Lorsqu'on a ouvert une grosse poche et surtout une poche profonde, on se gardera bien de supprimer trop tôt le drainage, qui est la meilleure garantie d'une guérison simple et quelquefois durable.

De fait, la colpotomie, telle que nous venons de l'étudier, doit être tenue par une opération d'urgence ; elle a rempli son rôle lorsqu'elle a fait tomber les accidents aigus et pressants, qui avaient paru la rendre de nécessité immédiate ; à notre sens, c'est à

ce titre d'opération d'urgence et pour remplir ces indications qu'elle rend les services les meilleurs et les moins discutables. Sans doute elle peut donner plus, et quelquefois la simple évacuation et le drainage des collections rétro-utérines sont suivis d'une rétrocession complète des lésions et d'une guérison que l'épreuve de plusieurs années, fait moins définitive. Je ne saurais entrer ici dans la discussion de ces résultats éloignés et de ce pronostic d'avenir.



CHAPITRE IV

Indications et valeur de la Colpotomie

I. Phlegmons des ligaments larges

Ces phlegmons se développent dans le tissu cellulaire, situé sur les côtés de l'utérus et entre les feuillets du ligament large.

« Les uns, plus fréquents, phlegmons de la gaine hypogastrique, siègent dans le tissu cellulaire, traversé par les branches intra-pelviennes de l'iliaque interne et les lymphatiques du col et de la portion supérieure du vagin.

Les autres, rares, siègent dans la région du ligament large, traversée par l'artère utéro-ovarienne, par les lymphatiques du fond de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire » (1).

C'est vers le septième jour après un accouchement septique, qu'ils apparaissent ordinairement. Ils débutent tantôt par un grand frisson, tantôt par une douleur, d'intensité variable qui siège dans une des fosses iliaques et s'irradie aux lombes et à la cuisse. Le sommeil et l'appétit disparaissent, les traits s'altèrent profondément et la malade secouée

(1) Suppurations pelviennes chez la femme (Delbet).

par de petits frissons erratiques fréquents est couverte de sueurs profuses. Le travail inflammatoire se poursuit au milieu de ces symptômes et dès que le pus est collecté, apparaît une sorte de répit auquel il ne faut pas d'ailleurs se laisser prendre.

Le plus souvent, en effet, après une courte rémission, les frissons, la fièvre, les sueurs profuses réapparaissent, l'état général s'altère de plus en plus et le pus finit par se faire jour soit à l'extérieur, soit dans un organe voisin; l'infiltration purulente gagne de proche en proche les parois pelviennes ou le vagin, dont les culs de sac sont œdématisés, épaissis, indurés et douloureux. Dans d'autres cas, le pus évolue vers la paroi abdominale au dessus de l'arcade crurale ou bien des troubles de voisinage du côté de la vessie et surtout du rectum vont en s'accroissant et annoncent de ce côté une ouverture imminente.

Le toucher vaginal, pratiqué au début, permet de sentir l'utérus immobilisé par un empâtement général des culs de sac, avec une tuméfaction plus marquée d'un côté. Si quelques jours plus tard on renouvelle l'exploration par le palper et le toucher combinés, on constate que « l'empâtement s'est localisé en une masse latérale faisant corps avec l'utérus le reliant à la paroi pelvienne et s'élevant jusqu'au détroit supérieur comme si le ligament large s'était solidifié (1) ». L'utérus est quelque fois dévié et latéroversé du côté opposé.

Une incision hâtive et suffisante peut seule éviter les fusées purulentes et les fistules qui succèdent

(1) Pozzi. — Traité de gynécologie.

à des ouvertures spontanées produites en des points défavorables à l'écoulement du pus.

Si donc l'affection présente cette marche aiguë, si la collection évolue vers le cul de sac de Derglas, ce qui est la règle pour les phlegmons de la gaine hypogastrique ; si le toucher permet de sentir la fluctuation, dans le cul de sac postérieur du vagin et si la collection est adhérente de ce côté, c'est par là qu'on devra évacuer le pus.

Dans ce cas en effet, « ces abcès portent en eux une indication thérapeutique si nette, que personne ne pourra s'y soustraire » (Delbet).

Le procédé opératoire par la voie vaginale, dit Péan (1), a été de tout temps le procédé classique, quand ces abcès se développent dans les ligaments larges et tendent naturellement à s'ouvrir à la partie inférieure de ces ligaments ; ce n'est que lorsqu'un deuxième abcès vient à se former du côté opposé, que l'incision vaginale n'est pas toujours suffisante.

Bouilly (2) indique l'incision vaginale, comme le traitement de choix, dans les abcès aigus du tissu cellulaire pelvien, de la gaine hypogastrique ou dans les collections du ligament large, dont le relief se prononce surtout vers la face postérieure. Le toucher et le palper combinés, donnent le point où doit porter l'incision.

La logique veut qu'on incise dans le point qui proémine le plus et qu'on choisisse ensuite le point le plus déclive de la région, pour permettre au pus

(1) Gazette des Hôpitaux, 27 juin 1891.

(2) Annales Gynécologiques, tome 48.

de s'écouler facilement. Si la tumeur est plus saillante dans le vagin, il faut faire une incision vaginale : les conditions de déclivité sont parfaites et le pus s'écoule facilement (1).

Dans d'autres cas, l'abcès ne présente pas cette marche aiguë et l'on peut se trouver en face d'une collection déjà ancienne, dont les parois plus ou moins scléreuses, seront épaissies et fortement adhérentes aux parties voisines. Est-il prudent de faire l'incision vaginale dans ces cas ? Cette poche à parois épaissies et dures va-t-elle s'affaïsser et se réduire d'elle-même après l'évacuation du pus ? L'incision large du vagin suffira encore ici, mais les soins consécutifs seront un peu plus prolongés et la formation d'une fistule un peu plus à craindre.

En résumé, l'incision vaginale nous semble parfaitement indiquée dans le cas d'inflammation aiguë, s'accompagnant de phénomènes généraux marqués, avec formation et constatation d'une collection accessible par le toucher, adhérente au vagin et nettement fluctuante sans alternatives de parties plus dures, qui seraient l'indice de poches multiples ou d'une suppuration incomplète.

II.— *Pelvi péritonites*

Si la pelvi péritonite est très souvent une complication des inflammations des annexes ou du tissu cellulaire péri-utérin : elle peut aussi exister isolément, et il y a des formes graves caractérisées par un épan-

(1) Semaine Médicale, 4 août 1886.

chement rapide, dans lesquelles l'inflammation péritonéale très accentuée et très étendue arrive à masquer toute autre lésion. Nous envisagerons donc successivement, la pelvipéritonite aigüe puerpérale ou gonococcique s'accompagnant de lésions insignifiantes des annexes et les pelvipéritonites secondaires à des lésions annexielles chroniques et accentuées.

La pelvipéritonite aigüe, primitive survient presque toujours avant la fin de la première semaine qui suit la délivrance : elle s'annonce par un frisson violent et une douleur soudaine, vive à l'hypogastre. La face est anxieuse, grippée, le pouls rapide, petit, filiforme ; le ventre est tendu, météorisé, très douloureux et la douleur s'exaspère par le palper et par le toucher. La malade a des nausées, avec ou sans vomissements, elle présente des épreintes très douloureuses, au rectum, du ténesme vésical et quelquefois de la rétention d'urine. La température atteint ou même dépasse 39°.

Au début, l'examen permet de constater une abondante sécrétion de liquide muco-purulent ; le toucher très douloureux donne peu de renseignements, le vagin est très chaud, et l'utérus est parfois dévié latéralement ou projeté en avant. Quatre à cinq jours plus tard, le pus s'est collecté dans une poche de néo-formation. On perçoit par le toucher une tumeur retro-utérine, séparée de l'utérus par un sillon, quelquefois difficile à parcourir ; cette tumeur lisse ou irrégulière devient renitente, puis fluctuante et fait saillie dans le cul de sac postérieur, qui est chaud et douloureux à la pression.

Abandonnée à elle-même, la collection peut déterminer une péritonite généralisée, rapidement mortelle ou s'ouvrir spontanément, cette évacuation spontanée a lieu surtout par le rectum, dix-neuf fois contre six dans le vagin, et six à la paroi abdominale (1). On ne saurait, dans ces conditions, laisser l'affection aux seuls efforts de la nature et attendre l'évacuation du pus, par une ouverture souvent petite, insuffisante et exposée à devenir fistuleuse, d'autant que celle-ci ne met à l'abri, ni de la résorption purulente, ni de la septicémie, qui peuvent conduire la malade au marasme et à la mort.

En résumé, on se trouve en face d'une femme souvent amaigrie par la douleur, fébricitante et présentant une collection accessible par le toucher vaginal, dans le cul de sac postérieur; cette collection est nettement fluctuante et les phénomènes généraux ne laissent aucun doute sur la qualité de son contenu; la colpotomie remplira-t-elle les conditions, qu'on peut exiger d'une intervention en pareil cas: incision large de la poche, écoulement du pus et drainage faciles?

Rien n'est aujourd'hui plus facile, dit Péan (2), le vagin étant bien lavé et rétracté, que de disséquer circulairement, le col de l'utérus, d'ouvrir le péritoine au niveau de la tumeur et de donner issue au liquide; puis on établit le drainage... Si la pelvipéritonite est primitive, la guérison ainsi obtenue est rapide. Nous ajouterons même que l'auteur va plus

(1) Delbet. Loc. cit.

(2) Péan. Loc. cit.

loin et considère que dans la tuberculose du péritoine pelvien non encore suppurée et localisée aux culs-de-sac, on peut se contenter d'ouvrir la séreuse et obtenir d'importantes améliorations à l'aide des injections antiseptiques.

M. Bouilly applique également l'incision vaginale à « ces pelvi-péritonites suppurées, d'origine puerpérale, post abortive ou même gonorrhéique, dans lesquelles les annexes sont peu ou pas touchées, et où la simple évacuation du pus, suffit souvent à donner une guérison rapide (1).

M. Segond admet, lui aussi, cette intervention dans les pelvi-péritonites qui succèdent à un accouchement septique ou à l'avortement.

La guérison est facile, dit M. Richelot (2), quand la suppuration est aiguë et récente, quand elle fait une saillie bien nette, au niveau d'un cul-de-sac vaginal. La colpotomie est encore indiquée dans les suppurations, qui suivent de très près l'accouchement, d'autant mieux qu'alors, la friabilité des tissus rend très graves toutes les manœuvres d'extirpation.

« En présence d'une femme jeune présentant des symptômes d'infection récente, et des signes de suppurations pelviennes, venant proéminer du côté du vagin, abordables par cette voie, je commence par l'ouverture du cul-de-sac postérieur et fais par cette ouverture un large drainage. L'intervention n'est pas

(1) Bouilly. — Congrès de Genève 1896. — In. *An. Gyn.* tome 46.

(2) Richelot. — Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie. 23 juillet 1898.

toujours suffisante, mais je me reprocherais de ne pas tenter tout au moins de la guérir par ce moyen moins radical (1). »

L'incision vaginale sera encore de mise et devra être faite sans tarder, si la malade présente des signes d'inflammation intestinale et si la cloison recto-vaginale est œdématiée et empâtée ; l'intervention dans ce cas, préviendra l'ouverture spontanée dans le rectum qui est menaçante et qui rendrait encore la guérison plus difficile.

A côté de cette forme franchement aiguë, il en est d'autres, à évolution plutôt chronique, qui surviennent, en dehors de la puerpéralité, chez des femmes ayant un passé pathologique et présentant le plus souvent, de la salpingo-ovarite. Le péritoine s'enflamme secondairement, par poussées successives, à l'occasion de fatigues, d'excès de coït, etc. ; au lieu d'une collection suppurée, unique, bien limitée, on peut trouver, soit des poches multiples, remplies de pus, soit simplement une cavité de volume variable, contenant du liquide séreux, au sein duquel, baignent des annexes, abcédées ou non, mais presque toujours pathologiques.

Quelle est la valeur de la colpotomie dans ces circonstances ?

« Les observations de pelvipéritonites, incisées ou même laparotomisées, ne sont pas rares, dit M. Segond, dans lesquelles la mort a reconnu pour cause unique, l'oubli d'une poche purulente : une seule

(1) Reynier. In. Annales Gynécologiques. Tome 46, page 182.

opération permet d'assurer les deux indications maîtresses de l'intervention : évacuation et drainage, c'est l'hystérectomie vaginale (1).

M. Bouilly recommande également de ne pas se hâter d'inciser dans ces cas, s'il survient une pousse aiguë, car la tumeur, perçue au fond du vagin, peut quelquefois contenir des anses intestinales agglutinées au milieu d'adhérences, ou bien du liquide séreux, dont la résorption spontanée a été plus d'une fois constatée. De fait, nombre de chirurgiens ont eu l'occasion d'intervenir par le vagin et de constater, des cas analogues ; ils croyaient ouvrir une poche de pelvi-péritonite suppurée, ne donnaient issue qu'à du liquide séreux, en quantité variable et trouvaient ensuite, au fond d'une cavité, généralement bien limitée, une collection suppurée de la trompe ou de l'ovaire, qui nécessitait, pour ainsi dire, une seconde intervention.

Ces cas complexes, rendent évidemment l'opération plus délicate et dans quelques cas plus dange-reuse ; elle peut même être insuffisante, puisqu'elle laissera parfois subsister la cause du mal, les annexes pathologiques. Une intervention plus radicale est donc préférable, quand la malade, souffrant depuis plus ou moins longtemps, présente néanmoins un état général qui lui permet d'attendre, ou bien autorise le chirurgien à pratiquer sur le champ, cette opération radicale ; mais si la femme est trop affaiblie pour supporter une opération longue, si la température est excessive ou ne présente que des rémis-

(1) Segond. — Traité de Chirurgie, Tome VIII.

sions insignifiantes, si, en un mot, une raison quelconque rend à craindre, une intervention complète, dans le moment présent, la colpotomie pourra être pratiquée à titre d'opération d'urgence, de nécessité ou de « passage ». Il suffira de prévenir la malade, que l'opération peut amener une amélioration, mais sans la mettre tout à fait à l'abri d'une intervention ultérieure, plus complète. On trouvera plus loin quelques observations où la colpotomie, a parfaitement rempli son rôle d'opération d'urgence et où les douleurs et la fièvre ont immédiatement cédé, devant la simple incision, suivie de drainage,

III. — Hématocèles

Nous envisagerons successivement, l'hématocèle rétro-utérine, intra-péritonéale et l'hématocèle extra-péritonéale ou hématome du ligament large.

On connaît le début, le plus souvent dramatique de l'hématocèle rétro-utérine, survenant en pleine période menstruelle ou quelques jours après les dernières règles, les phénomènes de réaction péritonéale et les symptômes généraux qui l'accompagnent, faiblesse, douleurs, température, tendances à la syncope, rapidité et petitesse du pouls, etc...

Dans quelques circonstances, plus rares d'ailleurs, le début est moins alarmant et marqué seulement par de la douleur, une grande faiblesse et du ballonnement du ventre. Quel que soit d'ailleurs, le

mode de début, le toucher vaginal fera reconnaître une tumeur arrondie, qui bombe nettement dans le fond du vagin et remplit le cul-de-sac de Douglas. L'utérus, corps et col, est repoussé en avant, pour ainsi dire scellé derrière la symphyse pubienne. Une ligne convexe, fréquemment déjetée d'un côté, limite en haut la tumeur et se reconnaît par le palper abdominal. Cette tumeur élastique ou fluctuante au début, devient plus tard mollasse, pâteuse, puis dure ou même ligneuse ; elle peut du reste redevenir fluctuante et cette fluctuation secondaire jointe à la fièvre et aux phénomènes généraux qui l'accompagnent est l'indice de la suppuration. Qu'il nous suffise de signaler les phénomènes de compression, que peut déterminer la tumeur, sur les organes voisins, rectum, vessie et cordons nerveux du plexus sacré.

L'affection se termine le plus souvent par résorption en 3, 4 mois et quelquefois plus, après avoir durci, mais si au contraire la tumeur se ramollit, devient fluctuante, il faut craindre la suppuration et l'ouverture dans le rectum qui est la plus fréquente. Une intervention ne sera donc de mise que s'il survient des accidents pouvant compromettre l'existence de la malade, accidents qui sont du reste de divers ordres :

1° L'hémorrhagie qui sera d'emblée très grave et menacera immédiatement par son abondance, de devenir mortelle, ou bien celle, qui se fera par poussées successives, augmentant le volume de la tumeur et affaiblissant de plus en plus la femme.

2° La transformation de l'hématome en collec-

tion purulente, qui expose la femme à une péritonite rapidement mortelle, ou, dans les cas moins défavorables, à des suppurations interminables, à des fistules et à une impotence plus ou moins considérable.

3° Les troubles de compression, qui sont, pour la malade, une cause de douleurs continuelles ou bien mettent un obstacle sérieux à certains actes physiologiques, tels que la miction et la défécation.

Quelle est la valeur de la colpotomie dans ces diverses circonstances ?

Dans le cas d'hématocèle aiguë ou suraiguë, survenant chez des femmes plus ou moins jeunes, qui après un retard variable, sont prises brusquement de douleurs violentes dans l'abdomen et présentent à la fois les symptômes d'une péritonite aiguë et ceux d'une hémorrhagie interne (1), il y a rupture tubaire avec « inondation péritonéale », l'hémorrhagie n'est pas enkystée et le danger est pressant ; « la laparotomie seule permet de découvrir le vaisseau qui saigne » et de faire ensuite le nécessaire ; il ne saurait être ici question de colpotomie, malgré la faiblesse de la malade. L'hémorrhagie, sans être aussi redoutable de prime abord, peut se continuer, les jours suivants, et subir des poussées qui nécessiteront une intervention ; l'ouverture vaginale et l'évacuation des caillots, faisant le vide dans la poche, ne favorisera-t-elle pas la reprise de l'hémorrhagie, qui, pour n'être pas impossible à enrayer, est pourtant un danger sérieux ? L'hématocèle n'est pas définitive-

(1) Tuffier. In th. de Rodriguez, 1895.

vement constituée, elle n'est pas « arrêtée dans son saignement », il faut attendre, si rien ne presse et laparatomiser, si l'état de la femme exige qu'on intervienne.

Si l'hématocèle passe à la suppuration — et la fluctuation secondaire, avec la fièvre et les phénomènes généraux ne laisseront à cet égard aucun doute — on se comportera comme pour un abcès quelconque ; la collection déprimant le cul-de-sac de Douglas, sera ouverte de ce côté. Les considérations que nous avons faites au sujet des abcès pelviens, nous dispenseront de nous appesantir ici sur les avantages de cette intervention et l'incision vaginale est d'ailleurs admise généralement (1).

Cette hématocèle, sans menacer primitivement la vie de la femme, sans être encore suppurée, peut néanmoins exiger une intervention, soit que la résorption tarde trop à se faire, soit surtout que la tumeur cause des désordres de voisinage : névralgies vives dans les membres inférieurs par compression du plexus sacré, rétention d'urine ou phénomènes d'étranglement interne. Est-il rationnel de chercher à faire disparaître ces accidents, en évacuant la collection par le vagin, où elle fait très souvent une notable saillie ?

M. Routier estime que l'incision vaginale lui paraît plus rapide et plus simple, voire même moins dangereuse, surtout pour les cas où il y a déjà suppuration et dorénavant, dit-il, pour peu que la tumé-

(1) Annales de Gynécologie. — Janvier 1890. T. XXXIII. Traité de Gynécologie. Page 326.

faction soit tangible par le vagin, je n'hésiterai plus à adopter ce mode d'intervention.

Nous n'aurions garde d'oublier l'opinion de M. Pozzi, qui, peu partisan en général des interventions vaginales, considère néanmoins qu'il faut attaquer par le vagin l'hématocèle, proéminent franchement dans le cul de sac postérieur, et redoute les dangers graves de péritonite septique, auxquels expose la laparotomie transpéritonéale.

« Les deux procédés (laparotomie et colpotomie), dit M. Ricard, peuvent donner d'excellents résultats, il ya surtout une question d'indications assez précises. Très souvent l'incision large du vagin suffit, lorsque la tumeur forme une saillie nettement vaginale, bombant dans le cul de sac postérieur, que son volume n'est pas excessif, que la masse en est régulière, que le diagnostic est des plus nets et qu'on peut éliminer la coexistence d'une lésion plus complexe ou d'une lésion double, enfin que le siège de la tumeur est exclusivement pelvien.

Mais si la saillie vaginale est peu prononcée, si la tumeur est haute, à prolongement abdominal ou iliaque, si elle est complexe, si son siège est antérieur, si le diagnostic des lésions est douteux, si l'on sent plusieurs masses, il ne saurait y avoir de doute, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours ». Et l'auteur conclut : « l'hématocèle à prédominance nettement abdominale, à siège anormal et l'hématocèle encore en voie d'accroissement relèvent de la laparotomie, l'hématocèle rétro-utérine arrêtée définitive-

ment dans un saignement relève de la colpotomie (1) ».

Nous savons que l'incision vaginale n'est pas à l'abri de tout reproche, les femmes chez qui survient une hématoçèle ont presque toujours un passé pathologique et des lésions annexielles déjà anciennes ; par l'incision vaginale on ouvre une poche qui peut suppurar, et, dans tous les cas, on laisse des annexes plus ou moins volumineuses et des masses adhérentes derrière l'utérus ; l'hématoçèle classique étant constituée par des caillots contenus dans une poche, doit être traitée par l'extirpation et la laparotomie qui permet cette extirpation, éclaire en outre le chirurgien sur l'état des annexes et lui permet de détruire les adhérences, de mobiliser et de mettre les annexes en situation normale, ce qui est un avantage pour les conceptions futures.

La laparotomie donne des résultats excellents, cela est indiscutable, mais on ne saurait en conclure que la colpotomie est une mauvaise opération. Le risque d'ouvrir une poche qui peut suppurar, est-il donc tant à craindre et l'antisepsie n'a-t-elle pas transformé tout à fait le pronostic de cette opération ? Si Nélaton a fini par y renoncer, en face des septicémies fréquentes, dont elle était la cause, des faits nouveaux et nombreux ne sont-ils pas venus depuis la réhabiliter ? Enlever la poche et le sang qu'elle contient, est assurément l'opération idéale, mais n'est-elle pas souvent impossible à pratiquer, puisque « les parois de l'hématoçèle n'ont le plus souvent aucune individua-

(1) Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 5 février 1896.

lité et sont uniquement formées par l'agglutination des parties voisines » (1) ?

D'ailleurs les chiffres parlent mieux que nous ne saurions le faire ; qu'on nous permette d'en citer quelques-uns : Thévenard a rapporté dans sa thèse cinquante-trois cas d'hématocèles, traitées par l'incision vaginale et qui sont cinquante-trois succès, succès opératoires, immédiats, et aussi, succès dans leurs résultats éloignés, puisque plusieurs de ces interventions remontaient à plusieurs années, sans que jamais la guérison ne se fût démentie. Nous savons que les résultats de la laparatomie peuvent rivaliser, avec ceux de la colpotomie, mais, puisque les résultats sont identiques, n'est on pas en droit de choisir l'intervention la plus simple, l'incision vaginale ?

Quant à l'hématocèle extra-péritonéale, beaucoup plus rare d'ailleurs que la précédente, elle présente à peu près le même début que l'hématocèle rétro-utérine, avec une réaction péritonéale, un peu moindre : c'est la même douleur aiguë dans le bas-ventre, avec tendance à la syncope, ce sont les mêmes signes d'anémie profonde et les mêmes troubles dûs à la compression de la vessie et du rectum, un peu moins accentués, pourtant. La collection est latérale, accolée à un côté de l'utérus et n'empiétant pas sur le cul de sac de Douglas ; l'utérus est plutôt dévié de côté qu'aplati derrière la symphyse pubienne et, il peut-être circonscrit de toutes parts, par le doigt explorateur.

L'expectation est ici la règle et si la tumeur vient

(1) Pozzi. *Traité de Gynécologie*, 3^e édition, page 929.

à suppurer, on se comportera comme pour un abcès du ligament large. Nous n'avons donc pas à insister ici, et il suffit de se reporter à ce que nous avons déjà dit, dans un chapitre précédent.

IV. Salpingo-ovarites

Avant d'étudier les indications et la valeur de la colpotomie dans le traitement des salpingo-ovarites, nous allons exposer rapidement les divers types de suppurations de ces organes : salpingite parenchymateuse suppurée, ovarite suppurée ou pyosalpinx de petit volume et gros pyosalpinx (1).

La salpingite parenchymateuse suppurée, forme des tuméfactions dont la plus grande partie est due à l'épaississement des parois de la trompe, la cavité ne contient que quelques gouttes de pus. Le toucher vaginal donne la sensation d'un cordon noueux, bosselé, douloureux, présentant le volume du petit doigt ou un peu plus et se dirigeant en dehors ou en bas.

Le pyosalpinx ou l'ovarite suppurée se caractérisant par une masse plus volumineuse, dont la grosseur varie d'une noix à une mandarine ou à une orange. Cette masse siège rarement dans le cul de sac postérieur, plus souvent dans un cul de sac postéro-latéral et se trouve plus ou moins haut située. La fluctuation est facile à percevoir et la régularité des contours, assez appréciable. Cette lésion peut d'ail-

(1) D'après M. Bouilly.

leurs s'accompagner de salpingo-ovarite du côté opposé.

Enfin, on peut avoir affaire à d'énormes pyosalpinx. Le simple palper peut dévoiler leur existence et quelquefois, si la femme est maigre ou si la paroi abdominale est flasque, ils peuvent faire relief en un point de cette paroi, dans une fosse iliaque en général. Les culs de sac sont effacés et la fluctuation est évidente ; la collection peut être haut placée. le plus souvent elle tombe dans un des culs de sac postéro-latéraux, sans interposition d'aucun organe important.

Il est bien évident que l'intervention en question, ne doit pas être érigée en méthode et généralisée, quand il s'agit de suppurations enkystées de la trompe ou de l'ovaire. c'est une opération d'exception « une conduite de nécessité plutôt que de choix et il faudra pour la légitimer un ensemble assez complexe de conditions soit générales, soit locales, ces dernières étant d'ailleurs les plus importantes (1) ».

Les salpyngites parenchymateuses suppurées ont des parois épaisses, leur marche est plutôt chronique, la lésion est souvent bilatérale ; toutes ces particularités doivent faire repousser l'incision vaginale.

Il n'en est pas de même de certaines formes de pyosalpinx ou d'ovarites suppurées, se présentant dans les conditions que nous allons examiner,

Collection facile à apprécier par le toucher et le palper combinés, située dans le cul de sac de Douglas ou dans un cul de sac postéro-latéral, en tout cas fai-

(1) Bouilly. — Bull. et Mém. Soc. de Chir. 2 Juillet 1890.

sant relief dans le vagin, ou bien collection située plus haut en arrière ou sur les côtés de l'utérus, à la condition qu'elle soit mobile et qu'une pression modérée sur la paroi abdominale, puisse l'amener facilement au contact du doigt vaginal.

Cette collection sera rénitente, ou bien, condition plus favorable, présentera « une fluctuation nette quelque soit le point déprimé. On sera sûr par là que la collection est bien faite, qu'elle n'est pas cloisonnée, qu'elle ne se compose pas de parties alternativement dures et molles. Toutes ces conditions font présumer que la collection peut être évacuée en totalité par une simple incision. »

La constatation d'une paroi mince, souple sera encore un élément important : il serait peut être difficile en effet, de ne pas rompre la poche, en cherchant à l'extirper au cours d'une laparotomie et d'autre part cette poche à parois peu épaisses, s'affaissera bien si l'on fait l'incision vaginale.

Les adhérences au cul de sac de Douglas, sont encore une condition favorable, car le travail inflammatoire qui a soudé la collection au vagin, a pu l'unir, également, aux parois du bassin ou à des anses intestinales, rendant ainsi très dangereuses les tentatives de décortication de la poche.

M. Le Dentu considère que d'une façon générale, la condition qui rend possible, l'incision vaginale est l'adhérence de la collection aux culs de sac, à plus forte raison si elle pointe de ce côté.

D'après Landau (de Berlin), la ponction et l'incision vaginales doivent être le traitement de choix

des kystes tubaires, quand des adhérences ont fixé la poche au petit bassin.

« Il y a vraiment lieu de se demander si dans bien des cas, il ne vaudrait pas mieux renoncer aux tentatives d'extirpation par l'abdomen et faire l'incision par le vagin. L'abdomen ouvert, on constate, je suppose, que la trompe est adhérente au cul de sac de Douglas, sans interposition d'aucun organe important; ne vaudrait-il pas mieux dans ces cas, refermer l'abdomen, et aller inciser la poche par le vagin (1)? »

On prendra aussi en considération, la marche de l'affection, les antécédents et l'âge de la malade, son état général.

Il s'agira le plus souvent d'anciennes salpingites ou ovarites à forme insidieuse, subissant brusquement une poussée aiguë, sous l'influence d'un excès, d'une fatigue, d'un traumatisme, d'un accouchement et prenant rapidement un volume notable au milieu de phénomènes généraux plus ou moins importants.

Dans d'autres cas, rien ne pourra faire supposer une lésion préexistante, et la maladie prendra d'emblée une marche aiguë soit à la suite d'une blennorrhagie, soit à la suite d'un avortement ou d'un accouchement septique. « L'acuité des accidents est un très bon guide, dit M. Richelot (2). Or les accidents sont aigus, lorsque l'infection est récente; le foyer est alors souvent simple par son siège, sa dis-

(1) Delbet. — Loc. Cit.

(2) Annales Gynécologiques, tome 46, page 206.

position, sa paroi et se rapproche des abcès chauds dont la guérison est rapide... »

De plus, qu'il s'agisse d'une ancienne salpingo ovarite subissant une poussée aigüe, ou d'une affection annexielle aigüe d'emblée, il est logique de supposer que le pus possède une grande virulence et la moindre souillure du péritoine est à craindre : « la laparotomie est donc extrêmement dangereuse, si sa contre indication n'est pas toujours formelle, dans ces circonstances, et l'hystérectomie, pour être moins dangereuse de ce côté est néanmoins délicate (1-2). »

Nous emprunterons encore à M. Richelot, la considération suivante : celle de la friabilité de l'utérus dans l'état puerpéral récent, friabilité qui persiste au minimum six à huit semaines. Dans la castration par l'abdomen, la corne s'arrache et le pédicule se coupe ; dans l'hystérectomie, le moignon se déchire, donne de mauvaises prises et l'opération reste en plan, ou devient périlleuse.

Si enfin, la malade est faible, anémiée, s'il y a des vomissements, si l'amaigrissement a fait des progrès rapides, si le pouls est à la fois rapide et petit, si la fièvre est intense et si surtout elle présente des grandes oscillations, il est sage d'évacuer le plus vite possible les abcès, afin d'abaisser la température et d'arrêter l'infection, quitte à faire ensuite une opération plus radicale si la guérison tarde à venir ou si elle se fait incomplète. L'évacuation se fera par l'incision vaginale simple, dont le traumatisme opératoire est insignifiant comparé, à ceux de l'hystérecto-

mie ou de la laparatomie. Nous ajouterons même, avec M. Tuffier, que dans les collections postérieures ou unilatérales, volumineuses, à paroi mince, évoluant d'une façon rapide avec des accidents fébriles, l'incision vaginale devient l'opération de choix (1).

Mangin (de Marseille) demande l'ouverture précocoe pour les suppurations à virulence extrême : pour ce faire il abandonne la laparatomie qui lui donnait 20 pour 100 de mortalité, pour ne plus employer que l'incision vaginale au bistouri, large incision en T dans le cul de sac postérieur, assurant le curettage et le drainage de la poche. C'est, dit cet auteur, une opération facile, pouvant se faire sans chloroforme, certaine dans ses résultats, même chez des malades épuisées et pouvant s'attaquer même aux collections latérales et élevées.

Sans admettre avec Henrotin (de Chicago) l'incision vaginale précocoe, dès que le diagnostic d'inflammation des annexes est posé, il n'en reste pas moins exact, que la colpotomie peut rendre de grands services, dans les conditions que nous venons de spécifier ; il ne s'agit pas de chercher ici à démontrer la supériorité d'un procédé sur les autres, mais simplement de montrer qu'il peut avoir du bon et de fixer les limites de son application, limites qui sont d'ailleurs peu étendues, nous tenons à le répéter encore.

(1) Bull. et Mém. Soc. de Chir., août 98.

CHAPITRE V

Contre-Indications

Nous avons peu de choses à dire, sur les contre-indications ; elles sont un corollaire facile à déduire des considérations que nous avons faites, dans le chapitre précédent et nous ne ferons guère que les énumérer, en les groupant ici.

La première contre-indication générale et formelle, est la constatation de lésions complexes, chez une femme dont l'état général permet de subir une opération appropriée et radicale.

Une collection bilatérale est également une contre-indication sérieuse, sinon toujours formelle. La thèse de Rodriguez (1), contient plusieurs observa-

(1) Thèse de Paris. 1895.

tions où l'incision vaginale a pu guérir des poches bilatérales et l'auteur se demande pourquoi une opération qui est suffisante pour l'une, ne le serait pas pour la seconde. On lira plus loin trois observations de M. Monod où il s'agissait aussi de lésions doubles ; la première malade guérit, mais nous ajouterons avec l'auteur, qu'une seule masse fut ouverte et que l'autre ne disparût que parcequ'elle n'était pas suppurée ; dans le deuxième cas il s'agissait, d'une femme présentant une affection de date récente et à marche

aiguë, deux circonstances favorables à la colpotomie : cette femme guérit. Il n'en a pas été de même de la troisième malade qui présentait une double lésion salpingienne et qui mourut neuf jours après l'intervention.

S'il n'est pas permis d'affirmer que la laparotomie eut sauvé la malade, on peut penser tout au moins qu'elle eut été mieux à même de permettre le nécessaire et malgré les quelques succès qui ont pu être signalés, la bilatéralité de la lésion est, croyons-nous, une contre-indication dans la plupart des cas.

Nous en disons tout autant d'une fluctuation peu nette et, à plus forte raison, de l'absence de fluctuation. Peut-on savoir, en effet, dans ce dernier cas, que la masse rétro-utérine, n'est pas constituée, en partie du moins, par des anses intestinales agglutinées et peut-on être sûr, qu'une incision, même faite couche par couche, n'entraînera pas à sa suite quelque accident redoutable ?

D'autre part, si la fluctuation est peu nette, si l'on perçoit alternativement des parties molles et des parties plus dures, il faudra redoubler de circonspection et se tenir en garde, contre ces masses mollasses, creusées de loges remplies de pus ou même quelquefois de simple sérosité, contre ces « éponges purulentes » dans lesquelles l'utérus est enclavé et immobilisé.

Nous ajouterons pourtant que cette contre-indication n'est pas toujours formelle et qu'une autre constatation, quand elle peut être faite, est en droit

d'enlever toute crainte au chirurgien ; nous voulons parler de cette nappe d'œdème, qui masque en partie la collection, la fait paraître plus profonde et, s'étend parfois très loin, du côté du vagin ou du rectum. L'existence même de cet œdème est une preuve nouvelle, et une preuve infaillible, qu'il y a tout près un abcès, vers lequel on pourra s'avancer en s'aidant du doigt et de l'ongle.

Les collections haut placées, les collections à évolution abdominale ne devront être attaquées par le vagin, que si elles sont mobiles et facilement abaissables, en appliquant une main sur la paroi abdominale et en déprimant doucement cette paroi. Dans le cas contraire, dit M. Delbet, l'opération par la voie vaginale est bien différente de la simple incision ; le vagin sectionné, il faut cheminer dans le tissu cellulaire du petit bassin, c'est une véritable opération, une opération difficile et périlleuse, difficile parce qu'il faut la faire au fond du vagin, presque sans y voir, périlleuse parce qu'on peut blesser l'uretère et des vaisseaux importants (1).

(1) Delbet. — Loc. cit.



CHAPITRE VI

Résultats de l'opération

Nous avons lu et analysé environ une centaine d'observations, appartenant à M. le Dr Tuffier et à M. le Dr Lejars, et où la colpotomie fut pratiquée, pour des affections diverses, qui peuvent être classées de la façon suivante :

α) Phlegmons du ligament large.....	12 cas.
β) Pelvipéritonites aiguës.....	18 —
γ) Hématocèles suppurées ou non.....	27 —
δ) Salpingites suppurées.....	34 —
ε) Suppurations diverses.....	8 —

Nous examinerons successivement les résultats immédiats et les résultats éloignés, pris dans leur ensemble.

Les suites opératoires sont, presque dans tous les cas, bonnes ou excellentes et ne présentent aucun incident notable. Après l'opération, les douleurs disparaissent ou s'atténuent notablement, et les malades éprouvent un bien être très appréciable, celui qui succède, ordinairement à l'ouverture d'un foyer suppuré quelconque, ou ce qu'on a appelé « la sensation de débridement » ; les troubles fonctionnels dûs à la compression des organes creux voisins, rectum et vessie, ainsi que les douleurs occasionnées par

les compressions nerveuses, s'effacent en partie ou totalement.

Les résultats sont remarquables, surtout au point de vue général, meilleurs même qu'au point de vue local, et dans les cas, où l'intervention a été motivée par des phénomènes généraux graves, accompagnés d'une faiblesse, qui empêchait de tenter chez une malade, une opération plus longue et plus délicate, il n'est pas rare d'assister à des suites opératoires, quelquefois extraordinaires. Dans nombre d'observations, on voit les malades, reprendre de l'appétit et de l'embonpoint, en même temps qu'elles se trouvent plus calmes et qu'elles peuvent dormir la nuit.

La température qui était élevée et tenace, surtout, dans les cas d'infection récente, et franchement suppurative. la température, tombe quelquefois brusquement, le soir même de l'intervention, d'autres fois, et c'est le cas ordinaire, elle descend, en quelques jours, à la normale.

Nous ajouterons, en passant, qu'à ce point de vue, les soins ultérieurs et le drainage ont la plus grande importance et que la persistance de la fièvre, après l'opération bien faite, tient presque toujours, à un drainage et à un nettoyage insuffisants de la poche et du vagin.

Les malades sont le plus souvent en état de quitter l'hôpital après vingt-cinq à trente jours, à partir de l'opération, et l'on doit toujours exiger, au moins, même dans les cas les plus favorables, un séjour de dix à quinze jours au lit.

Telles sont en général les suites opératoires,

qui succèdent à l'incision vaginale des grosses collections suppurées, aiguës, postérieures ou unilatérales, qu'on ait affaire à des abcès pelviens, à des hémato-cèles suppurées ou à des pyosalpinx uniques, avec intégrité de l'utérus et des annexes du côté opposé.

Dans plusieurs observations de pelvipéritonite franchement aiguë, post-puerpérale ou post-abortive, les résultats immédiats, sont également très encourageants.

Il n'en est pas toujours de même quand les lésions sont complexes et quand on s'adresse à des affections déjà anciennes, subissant une poussée aiguë. On trouvera plus loin plusieurs observations, où l'opération a perdu ses caractères ordinaires de bénignité et s'est terminée par une issue fatale : il s'agissait dans ces quelques cas de poches multiples, que nous avons d'ailleurs mises au nombre des contre-indications de la colpotomie.

On trouvera également une autre observation, où la colpotomie, fut notoirement insuffisante et où l'hystérectomie dut être pratiquée quelques jours après.

Quant aux résultats éloignés, il est un peu plus difficile de se prononcer, car il nous a été impossible de revoir toutes les malades de nos observations et d'autre part, quelques-unes de ces observations sont encore un peu récentes et l'on ne saurait affirmer que la guérison, maintenue depuis quelques mois, résistera bien à l'épreuve de plusieurs années.

Nous rapporterons néanmoins ici les résultats éloignés, obtenus et signalés par quelques auteurs ;

Howard-Kelly a rapporté au Congrès de Genève, la statistique personnelle qui suit :

Guérisons complètes, 15 cas.

— partielles, 9 cas.

Malades non guéries, 4.

— revenues pour une 2^e ou une 3^e ponction vaginale, 5.

Malades revenues pour une appendicite suppurée, 1.

Opérations radicales consécutives, 3.

Non revue, 1.

Morte, 1.

Henrotin (de Chicago) a fait l'incision vaginale, du 5^e au 190^e jour après le début de l'affection, dans 78 cas :

2 fois, pas de résultat, état stationnaire.

3 à 4 fois, amélioration seulement.

Les autres malades ne sont pas revenues le trouver et il n'a jamais eu de mort.

Mangin (de Marseille) a fait 35 fois l'incision vaginale, pour des infections graves :

Guérisons, 32.

Mort. 1 (L'infection était généralisée au moment de l'intervention).

Récidive, 1 (Malade tuberculeuse).

Fistules, 2 (chez des malades indociles).

Grossesse ultérieure, 1.

Le même auteur a pratiqué 122 fois cette opération conservatrice, pour des infections atténuées. les résultats ont été les suivants :

Guérisons, 91.

Améliorations sérieuses, 25.

Echecs, 6.

Opérations secondaires :

Laparatomie, 2.

Hystérectomie, 1.

Grossesses ultérieures, 28.

Rodriguez a rapporté dans sa thèse 27 observations, empruntées presque toutes à M. Tuffier ; 20 malades ont été revues de dix-huit mois à deux ans après l'opération ; leur état était presque toujours excellent, quelques-unes présentaient simplement des règles un peu douloureuses et le toucher vaginal faisait constater chez quelques-unes d'entre elles, une simple induration vaginale, d'ailleurs peu sensible.

A la suite de nos recherches personnelles, nous pouvons dire que d'une façon générale, ces résultats éloignés varient notablement avec la simplicité ou la complexité des lésions, qui ont nécessité l'intervention et suivant l'âge de ces mêmes lésions.

Chez les femmes, jeunes pour la plupart, qui présentaient une affection aiguë, à marche rapide, avec fièvre et phénomènes généraux inquiétants quelquefois, chez les femmes qui présentaient une collection parfois considérable, mais unique et bien limitée, les résultats ont été souvent remarquables tant au point de vue de l'avenir qu'au point de vue des suites immédiates et plusieurs malades, que nous avons revues, peuvent être considérées, comme définitivement guéries et ont repris, sans inconvénient, leurs occupations souvent pénibles pourtant.

La guérison est moins complète et moins défini-

tive, chez les femmes dont l'appareil génital est frappé en plusieurs points et dont les lésions déjà anciennes, sont solidement établies et peu susceptibles de régression, par une simple incision vaginale. Nous avons pu lire trois observations où l'hystérectomie secondaire a dû être pratiquée par M. Tuffier ; il s'agissait dans les trois cas de poussées de pelvi-péritonite chez des femmes, présentant d'anciennes lésions tubaires et la colpotomie n'avait d'ailleurs été pratiquée, que comme opération de passage, parce que l'état général ne permettait pas de faire davantage dans les deux premiers cas et parce que la femme était très jeune, dans le troisième. Nous ajouterons qu'il ne faut pas demander à l'opération plus qu'elle ne peut donner et que dans certains cas d'urgence, elle a rempli son rôle, lorsqu'elle a fait tomber les accidents aigus et pressants, qui avaient paru la rendre de nécessité immédiate.

Quand aux fistules que laisserait souvent après elle la colpotomie, nous croyons qu'il faut accuser, dans plus d'un cas, non pas l'opération elle-même, mais l'insuffisance du traitement post-opératoire ; en faisant une incision assez large, en drainant et en tamponnant la poche qu'on vient d'évacuer, en proportionnant surtout la durée des soins antiseptiques, à la courbe de la température et aux signes locaux, fournis par l'état du pansement, on arrivera à écarter ou tout au moins, à atténuer considérablement les dangers d'une fistule.

— De fait, dans presque toutes nos observations la cicatrisation de la plaie vaginale a été complète et si

nous avons pu trouver, parmi la centaine de cas que nous avons analysée, quelques malades présentant, à leur sortie de l'hôpital, un léger suintement de pus, l'état général de ces malades était, du moins, nullement altéré et nous n'avons pas connaissance, qu'elles soient jamais revenues demander les secours de la chirurgie, ce qui nous autorise un peu, à penser que ces fistules ont pu guérir dans la suite ou qu'elles étaient du moins, fort peu gênantes.



OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

Due à l'obligeance de notre maître M. le docteur Lejars

Phlegmon péri-utérin

Pauline F..., 42 ans, commerçante, entre à l'hôpital de La Pitié, salle Lisfranc, le 26 septembre 1892. Cette femme s'est toujours bien portée, elle a eu 4 enfants, sans jamais présenter de fièvre dans ses suites de couches ; quelque temps après son dernier accouchement qui date de 25 ans, prolapsus utérin : actuellement l'utérus est à 3 cent. environ de la vulve, cystocèle et rectocèle légères.

Il y a 5 semaines, en travaillant, elle a éprouvé de violentes douleurs dans la région lombaire et vers les deux fosses iliaques ; elle a été obligée d'interrompre son travail ; depuis quelque temps déjà, elle était soignée par son médecin pour une inflammation d'intestin, présentait une constipation rebelle et ne pouvait aller à la selle spontanément.

Examen. — L'utérus, dont le col est gros, est abaissé fortement, immobile et surtout adhérent à gauche. Par le toucher rectal, on sent dans tout le cul de sac de Douglas, une tumeur molle ; du côté droit, on perçoit une tumeur qui remonte dans la fosse iliaque droite, cette tumeur est fluctuante et une ponction ramène du pus.

Opération le 28 septembre. Incision dans le cul de sac latéral droit. La muqueuse de ce cul de sac était soulevée en un bourrelet rougeâtre, qui rappelait celui d'un abcès dentaire; ce bourrelet était tendu, fluctuant quand on insistait, extrêmement douloureux. Je fis d'abord une ponction avec une aiguille de l'appareil Potain: il sortit immédiatement du pus; j'incisai alors sur une étendue de 2 cm. 1/2 environ, il sortit une énorme quantité de pus, (presque un demi-litre). Mon doigt pénétrant par l'incision, entra dans une cavité située derrière l'utérus, cavité mamelonnée et de paroi irrégulière, dont je ne pus atteindre le fond

Grand lavage au sublimé, on laisse dans la cavité, une bandelette iodoformée qui du reste tomba dans la journée et dû être remplacée. Injection bi-quotidienne de sublimé. La cavité se rétrécit très rapidement et l'écoulement se tarit peu à peu. La température tomba et l'état général se remonta extrêmement vite.

La malade sort guérie le 26 octobre. L'état général est excellent; on sent une cicatrice nette, un peu indurée au niveau de l'incision; un peu d'écoulement vaginal leucorrhéique et rien de plus.

Observation II

(Monod. — In Thèse Dally)

Pelvi-péritonite

M..., 37 ans. A la suite d'un accouchement en 1882, accidents nets de pelvi-péritonite: puis tout rentre dans l'ordre. Cependant depuis cette époque, le malade n'a jamais cessé de souffrir dans le ventre. Le 1^{er} mars 94, réapparition d'accidents de pelvi-péritonite.

Etat à l'entrée. — 12 mars 1894, mauvais état général, fièvre 40°, vomissements, ventre ballonné et douloureux. Les accidents aigus s'amendent par le repos et l'application de glace sur l'abdomen.

20 mars. — Il reste une masse pelvienne à gauche et en arrière de l'utérus, nettement perçue par le palper abdominal combiné au toucher vaginal; elle est peu mobile, fait corps avec l'utérus, est très dure. La fièvre persiste avec des exagérations vespérales; les jours suivants, la masse semble se ramollir.

31 mars. — Opération : incision à l'union des culs de sac postérieur et gauche : issue de pus, le doigt introduit par l'incision vaginale, doit se porter très profondément pour pénétrer dans une cavité petite à paroi lisse, d'où s'écoule un pus fétide, drainage.

Examen du pus, streptocoque et colibacille.

Guérison rapide, sortie le 22 avril.

Revue en janvier 95, les culs de sac sont souples, l'utérus mobile.

Observation III

(Inédite)

Due à l'obligeance de notre maître M. le D^r Lejars

(Hématosalpinx suppuré droit)

Eugénie L..., 25 ans, domestique, entre le 26 mars 1898, à l'hôpital Beaujon, salle Huguier.

A 20 ans, cette femme a eu une grossesse suivie d'un accouchement normal, l'enfant est mort dans les 24 heures; avortement de 2 mois, 7 mois plus tard.

Il y a 3 semaines, au moment des règles, la malade,

en pleine santé, travaillait lorsqu'est survenue brusquement une violente douleur abdominale qui l'a forcée à s'aliter immédiatement. Néanmoins, le lendemain matin et les jours suivants, elle put continuer à travailler, se reposant au lit l'après-midi seulement. Depuis le 22 mars, elle a gardé complètement le lit.

Examen. — Le ventre, un peu tendu, est légèrement douloureux, mais c'est à la région lombaire que siège la douleur la plus vive. Les hémorrhagies continuent en augmentant.

Par le toucher vaginal, on sent le col en arrière et à gauche, dans le cul de sac postéro-latéral gauche, empâté, diffus, saillant, douloureux et immobilisant l'utérus. A droite, masse saillante du volume d'une châtaigne. Anorexie complète ; la malade qui était constipée depuis 4 ou 5 jours quand elle est rentrée à l'hôpital, ne l'est plus maintenant.

30 avril 1898. — Colpotomie postérieure.

Une fois la muqueuse incisée, on sent dans la profondeur une poche arrondie et saillante, assez haut située, qu'on ouvre avec la pointe des ciseaux, après s'être bien assuré de sa situation et de ses rapports. Il s'écoule une notable quantité de pus mêlé de caillots noirâtres ; lavage à l'eau bouillie. Un drain est laissé dans le foyer et le vagin tamponné à la gaze iodoformée.

Pas d'accident ; le drain et le tamponnement sont enlevés au 10^e jour ; la malade sort guérie de l'hôpital le 27 mai.

Observation IV

(Inédite)

Pyosalpinx droit (M. le Dr Lejars).

Anna L..., 24 ans, couturière, entre à l'hôpital Beau-

jon, salle Huguier, le 16 novembre 1897 ; elle tousse tous les hivers et a présenté des hémoptysies. A 19 ans, suppuration ganglionnaire sus-claviculaire. A 20 ans, pleurésie droite. Menstruation à 40 ans, toujours douloureuse. Mariage à 22 ans. A la suite, douleurs s'accompagnant de pertes jaunâtres, striées de sang, presque continues. Depuis 6 mois, au dire de la malade, chaque injection donnerait lieu à l'issue de caillots sanguins. Les pertes n'ont pas diminué et les douleurs, continues, sont aussi accentuées d'un côté que de l'autre.

Par le toucher, on sent à droite et en arrière, une masse fluctuante.

Colpotomie le 20 novembre 1897. A droite et en arrière, masse adhérente et fluctuante, qu'on décortique en arrière : du pus s'écoule en quantité notable. La masse vidée se laisse alors abaisser et extraire : pyosalpinx, pincement du pédicule avec 2 petites languettes rien ; à gauche, tamponnement iodoformé.

La malade ne présente rien de particulier, les suites sont excellentes et elle sort guérie le 16 décembre 1897.

Observation V

(Inédite)

Suppuration pelvienne (M. le Dr Lejars)

Angèle H..., 23 ans, lingère, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, le 19 octobre 1897. Cette malade a eu autrefois à 12 ans une attaque de rhumatisme articulaire aigu et aurait présenté à un moment donné des coliques hépatiques. Elle est mariée, mais n'a jamais eu de grossesse. Au mois de juin 1897, elle a déjà subi une opération qu'elle

ne peut nommer, ni déterminer, pour des douleurs abdominales et de la leucorrhée.

Les troubles génitaux ont disparu, jusqu'au commencement de juillet. A cette époque, réapparition de douleurs vives, dans l'hypogastre avec irradiation aux lombes, leucorrhée abondante, quelque peu striée de sang. Curettage le 20 septembre à l'Hôtel-Dieu. Disparition complète de tous les phénomènes douloureux et sortie de l'hôpital dans les premiers jours d'octobre.

Le 18 octobre, cette femme est prise de douleurs très vives dans tout l'abdomen; vomissements alimentaires, puis biliaires. Elle entre à l'hôpital le 19, les vomissements ont disparu, les douleurs sont aussi vives, le ventre ballonné est très sensible à la palpation, surtout à droite, la constipation est opiniâtre. Dyspnée, facies un peu grippé. Température 37°5, pouls fréquent mais fort.

Le 21 octobre. La malade a eu la veille et dans la nuit quelques vomissements. Les douleurs plus vives dans l'abdomen exagèrent la dyspnée, température 38°, état général mauvais.

Examen. L'utérus est immobilisé par une sorte de gangue épaisse, qui forme tumeur dans le cul-de-sac postérieur, et se prolonge de chaque côté; douleur très vive à la pression, surtout en arrière où l'on perçoit une sorte de fluctuation peu nette.

28 Octobre 1897. Colpotomie postérieure. Il s'écoule à l'ouverture du cul-de-sac postérieur, environ 250 grammes d'un liquide séreux, trouble, et l'on pénètre dans une poche rétro-utérine, cloisonnée de brides, et des deux côtés de laquelle on reconnaît une masse annexielle; à droite, une masse de consistance kystique, à gauche une autre masse dure et distinctement adhérente sur tout son pourtour. Il est impossible de songer à une extirpation

par cette voie et il paraît sage de remettre à plus tard une intervention plus complète. On laisse un drain entouré de gaze iodoformée dans le cul-de-sac postérieur, tamponnement vaginal.

Les douleurs cessent très rapidement et d'une façon si complète que la malade se refuse à toute autre opération.

Elle sort le 14 novembre, elle ne souffre plus ; mais on sent au toucher, une gangue péri-utérine assez épaisse.

Cette malade n'a pu être revue personnellement, elle a quitté Paris depuis plusieurs mois, mais sa mère qui vivait avec elle a pu nous donner les renseignements suivants : elle a repris rapidement des forces et de l'embonpoint à sa sortie de Beaujon, ses règles sont régulières mais un peu douloureuses ; elle est un peu plus nerveuse que d'habitude et ressent de temps en temps quelques douleurs, qui ne sont pas assez intenses toutefois, pour l'empêcher de travailler, et qui n'ont nécessité, jusqu'ici du moins, aucun appel à un médecin.

Observation VI

(Inédite)

Pelvipéritonite (M. Lejars)

Marie R..., 27 ans, domestique, entre à Beaujon, salle Huguiet, le 10 avril 1898. Cette femme réglée à 13 ans, toujours régulièrement, n'a jamais rien présenté de particulier si ce n'est un léger écoulement leucorrhéique précédant les règles. Depuis 4 ans, la malade aurait chaque année vers septembre ou octobre, des douleurs abdominales, sans augmentation de volume du ventre, sans vomissements.

Il y a une douzaine de jours, cette femme a été prise brusquement, en pleine santé, de douleurs abdominales violentes, les dernières règles dataient de 15 jours ; la malade dut s'aliter et deux jours après fut prise d'une métrorrhagie, qui n'a pas cessé depuis et qui s'accompagna pendant 24 heures de vomissements poracés.

Examen. — Le col utérin, petit, est dévié à gauche. On sent en arrière et latéralement, une masse épaisse, pas très douloureuse que l'on peut délimiter par le palper et le toucher combinés et qui remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. On perçoit de la fluctuation à droite. Diagnostic : hématocele.

Le 21 avril, l'hémorrhagie s'arrête.

Le 26 avril, opération, colpotomie postérieure. On voit, la paroi vaginale incisée, le cul de sac péritonéal tendu et fluctuant : on l'incise, et il sort une abondante quantité de liquide séreux (deux verres environ). Le doigt pénètre alors dans une cavité fermée, au fond de laquelle on ne sent pas de masses fluctuantes ni d'autres collections. Drainage et tamponnement iodoformé.

Sort guérie les premiers jours de mai.

Cette malade a été revue le 2 décembre. Elle ne souffre plus et se livre sans inconvénients à ses occupations antérieures

Observation VII

(Inédite)

Suppuration pelvienne (M. Lejars)

Georgette P..., 18 ans, ménagère, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier au commencement de février 1898,

et présente les antécédents suivants : Première règles à 11 ans, régulières. Premier accouchement à 16 ans et demi, une métrite hémorrhagique survient six semaines après et dure trente jours environ : depuis règles irrégulières.

Le 17 janvier 1898, deuxième accouchement au septième mois de la grossesse, cet accouchement prématuré fut laborieux, et la malade ne s'est pas rétablie depuis ; elle ressent des douleurs vives dans l'abdomen avec irradiation aux lombes et surtout accentuées du côté gauche.

La miction et la défécation sont douloureuses, l'anémie est complète et la malade présente des sueurs profuses, surtout la nuit. La température qui était de 39° à l'entrée, le 7 février se maintient quelques jours entre 37-5 et 38, puis remonte à 39°.

Le toucher vaginal fait constater dans le cul-de-sac postérieur, une masse arrondie, tendue, assez facile à délimiter par le toucher et le palper combinés : on perçoit la fluctuation.

Opération le 17 février 1898 — Colpotomie postérieure. — En suivant la face postérieure du col, on ouvre une voie jusqu'à la poche qui apparaît dans la profondeur tendue, arrondie et fluctuante : on l'incise avec la pointe du bistouri. Il s'écoule une notable quantité d'un pus mêlé de grumeaux, et le doigt, pénètre dans une cavité de paroi irrégulière, mais qui paraît bien close. Lavage à l'eau bouillie. Un drain est laissé dans la cavité, et le vagin tamponné à la gaze iodoformée.

On retire le tamponnement et le drain au 10^e jours. Pas d'incident.

La malade sort guérie le 18 mars.

Observation VIII

(Inédite)

Hématosalpinx (M. Lejars)

La nommée F..., âgée de 27 ans, entre le 30 juin 1898, à l'hôpital Beaujon, salle Huguier ; elle a eu il y a 5 ans, un avortement de 3 mois, qui n'a pas altéré la santé de la malade et n'a pas laissé de troubles appréciables.

Depuis 6 mois, la malade souffre du ventre surtout à droite avec irradiation aux lombes et à la racine des cuisses. Règles toujours régulières, quelques pertes hémorrhagiques légères. Depuis 15 jours, les douleurs ont augmenté et forcent la malade à s'aliter ; l'amaigrissement est assez prononcé et la malade est affaiblie, elle ne présente pourtant ni fièvre, ni frissons.

Par le toucher vaginal, on sent le col utérin derrière la symphyse pubienne ; le cul de sac postérieur est dur, tendu, fluctuant, la tumeur siège plutôt à droite.

Colpotomie postérieure le 26 juillet — évacuation de la solution sanguine rétro-utérine, lavage et drainage. Tamponnement vaginal.

Cette malade a été revue les premiers jours de décembre 1898 ; ses règles sont régulières, non douloureuses elle ne ressent aucune douleur dans le ventre et se considère comme parfaitement guérie.

Observation IX

(Inédite).

Suppuration pelvienne (M. Lejars)

Marguerite D..., 33 ans, ménagère, entre le 3 mai

1898, à l'hôpital Beaujon, salle Huguier. Premières règles à 15 ans, présentant quelques irrégularités, deux accouchements normaux, sans suites pathologiques, 3 enfants vivants et bien portants. Il y a 8 jours apparition brusque de douleurs abdominales, comparées par la malade à des coliques utérines et l'obligeant à garder le lit, le lendemain et les jours suivants ; 3 jours après surviennent les règles qui ne présentent rien d'anormal, la crise douloureuse a été précédée d'un léger écoulement leucorrhéique.

Actuellement, douleur abdominale à droite, le ventre souple permet de sentir le plastron utéro-annexiel, qui est douloureux. Par le toucher on sent le col contre le pubis et en arrière une grosse masse douloureuse.

On ne constate aucun écoulement, la constipation est tenace et la miction un peu douloureuse.

La température est de 38°5 lors de l'entrée de la malade, le lendemain 39°, elle oscille les jours suivants entre 38°6 et 38°, c'est à ce moment qu'on intervient le 8 mai 1898.

Colpotomie postérieure. — On ouvre sans peine une cavité d'où s'écoule une notable quantité de liquide puriforme fétide ; au fond, on sent un cordon noueux et adhérent, qui paraît être la trompe. On se contente de laver et de drainer. Tamponnement vaginal.

Sort le 31 mai 1898. La guérison opératoire s'est faite sans incident, et la malade ne souffre plus.

Nous avons revu cette malade le 2 Décembre 1898.

Elle présente comme avant son opération un œdème léger des jambes le soir. Les règles sont régulières, non douloureuses, la malade ne présente aucun écoulement leucorrhéique, et ne présente aucune espèce de douleur dans le ventre, elle se sent un peu moins forte que d'habitude quand elle travaille beaucoup.

Observation X

(Inédite).

Pyo-salpinx gauche (M. le Dr Lejars).

G..., âgée de 22 ans, domestique, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, le 27 août 1897 ; elle présente depuis longtemps un peu de leucorrhée, les règles irrégulières avancent quelquefois de 7 à 8 jours, s'accompagnant de caillots de la grosseur d'une noisette. sans être douloureuses. Un accouchement il y a 3 ans.

Dernières règles du 8 au 14 août ; cette femme entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales qui remontent à son accouchement ; sensations de pesanteur et de tiraillement vers les reins et le périnée, exaspérée par la station debout, mais pas assez violentes toutefois pour empêcher le travail.

Examen.—Col gros, largement ouvert. Dans le cul-de-sac gauche, masse arrondie, douloureuse, assez volumineuse, annexielle, cette masse est rénitente.

Colpotomie postérieure le 1^{er} Septembre 1897. Pyosalpinx gauche, adhérent assez largement et qu'on peut extraire peu à peu ; deux pinces sur le pédicule, section et ablation de la masse annexielle. Il s'écoule un peu de pus, suintant d'une fissure légère de la poche sous la traction. Lavage, tamponnement iodoformé.

Les pinces sont retirées au bout de 48 heures. Aucun incident.

Sort guérie le 10 octobre 1897.

Revue le 2 Décembre 1898. Elle est restée à Paris jusqu'au mois de Juillet 1898 : elle souffre un peu au moment

de ses règles qui sont d'ailleurs régulières ; elle peut se livrer dans l'intervalle à ses travaux qui sont plutôt pénibles.

Observation XI

(Inédite)

Pelvi-péritonite (M. le Dr Lejars)

Valérie T..., 25 ans, ménagère, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, le 8 mars 1898. Réglée à 14 ans, règles assez abondantes, survenant toutes les 3 semaines. Pas de leucorrhée, pas de grossesse. Depuis 6 mois, douleurs vagues dans le ventre, plus vives au moment des règles ; il y a 3 semaines, à la suite des règles, douleur subite, très vive dans la fosse iliaque droite ayant forcé la malade à s'aliter.

Au toucher, on trouve un empâtement douloureux, occupant surtout le cul-de-sac postérieur et se prolongeant de chaque côté surtout à droite ; pas de tumeur, pas de masse bien circonscrite, pas de fluctuation. L'utérus est peu volumineux, mais il est en partie immobilisé, et cela surtout, semble-t-il, par la douleur.

Les accidents locaux deviennent plus aigus les jours suivants, et, en arrière de l'utérus, l'empâtement paraît augmenté et dessine une sorte de voussure saillante.

Le 22 mars 1898. — Colpotomie postérieure : il s'écoule, une fois le cul-de-sac péritonéal ouvert une grande quantité de liquide clair, séreux, environ un demi-litre, et l'on pénètre dans une cavité bien fermée, située derrière l'utérus, au-devant de laquelle on reconnaît les annexes ; les annexes gauches paraissent normales ; à droite, l'o-

vaire est gros, et semble ainsi que la trompe encapuchonné par des adhérences; il n'y a, du reste, aucune poche kystique, aucune trace de collection. On se borne à cette intervention, et à la dissociation des adhérences qui entourent les annexes droites. Une petite mèche iodoformée est laissée dans la cavité, et le cul-de-sac réuni à droite et à gauche. Tamponnement vaginal.

Les douleurs cessent brusquement, et l'amélioration fut tellement nette, qu'au bout de six jours, la malade voulut rentrer chez elle, où elle acheva de se guérir.

Elle a été revue en novembre dernier : elle a notablement engraisé, bien que ressentant de temps en temps quelques tiraillements dans le ventre. Au toucher, l'utérus est bien mobile, et l'on ne trouve rien d'anormal au niveau des annexes.

Observation XII

M. Bouilly (Bulletin de la société de chirurgie, 2 juillet 1890. Obs. V)

Pyosalpinx droit

Jeune femme de 20 ans, dont les débuts dans le mariage avaient été des plus malheureux. Mariée au commencement de septembre 1889, elle éprouvait au commencement de septembre, des douleurs violentes dans le ventre, avec augmentation d'un écoulement leucorrhéique de date ancienne. A la fin de septembre, phénomènes de pelvi-péritonite aiguë grave, vomissements, tympanisme, état général inquiétant.

Depuis ce moment, l'affection est constituée; l'état général est mauvais, douleurs vives et presque conti-

nuelles à droite. Vers le 25 décembre, une collection purulente abondante se fait jour par le rectum, sans amélioration de l'état général. En février 1890, nouvelle décharge de pus de la même façon ; les choses vont de mal en pis : l'hecticité se prononce, appétit nul, douleurs et vomissements continuels. La malade est vue le 26 avril. Amaigris, sement squelettique, ventre un peu ballonné, très sensible à la palpation, surtout dans la fosse iliaque droite. Aucun phénomène du côté des téguments.

Au toucher, on constate : col petit, utérus en antéversion ; le cul-de-sac postéro-latéral droit étant refoulé par en haut, le doigt sent une tuméfaction régulière, rénitente, avec un battement vaginal très accentué. Par le palper et le toucher combinés, on circonscrit entre les deux doigts une masse régulière du volume d'une grosse orange, située sur le bord droit de l'utérus, remontant à 2 travers de doigt environ au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic, nettement fluctuante. Douleur à la pression dans le cul-de-sac vaginal et sur la paroi abdominale. Les annexes gauches paraissent peu volumineuses et sont peu sensibles.

Le diagnostic porté est : salpingo-ovarite suppurée à droite avec suppuration localisée plutôt dans l'ovaire.

L'indication est urgente de donner issue au pus du côté droit.

La collection malgré sa hauteur, peut-être amenée facilement au contact du doigt vaginal par une pression modérée sur l'abdomen ; l'état général de cette malade est grave, elle est absolument sans résistance, l'infection de la collection est probable, puisqu'elle a communiqué à plusieurs reprises avec l'intestin et l'irruption du pus dans le péritoine serait très dangereux au cours d'une laparotomie : telles sont les considérations qui font décider l'ouverture de la collection par le vagin.

Opération le 29 avril. Chloroforme.

Ponction avec le plus gros trocart de l'appareil Potain en évitant une artère vaginale qui bat sous le doigt, puis débridement de 2 centim. environ avec le bistouri et nouvel agrandissement de la plaie avec les mors d'une pince. Il sort 300 à 400 grammes de pus, d'odeur terriblement infecte. Lavage au sublimé et drainage.

Les suites furent extraordinaires. Déjà le 4 Mai, la transformation était complète. Pansement tous les 4 jours, lavage au sublimé par le drain et tamponnement iodoformé. Tube enlevé le 25 mai. Le 11 juin, état général tout à fait transformé et très bon. Aucune sensibilité ni spontanée, ni provoquée dans l'abdomen. Il se fait encore par le vagin un suintement purulent, sans qu'il soit possible de voir l'orifice fistuleux. On ne sait quel sera le résultat définitif, la malade opérée il y a six semaines, part pour la campagne.

Observation XIII

(M. Bouilly)

Bulletin de la Société de Chirurgie, 2 juillet 1890 (Obs. II)

La malade en question présentait à la fois, les signes d'un fibrome de l'utérus et d'une pyo-salpingite gauche. Pour mettre fin aux hémorrhagies abondantes dont elle était affligée et qui l'avaient anémiée à un degré extrême je fis d'abord au commencement de juillet 1889, l'ablation du fibrome utérin, après incision bilatérale du col et dilatation immédiate de l'orifice interne avec le dilatateur à trois branches. Le fibrome gros comme une poire moyenne, était implanté sur le fond de l'utérus et fut extrait après morcellement.

Un mois plus tard, les phénomènes fébriles persistaient et il était facile d'apprécier sur le bord gauche de l'utérus, une tuméfaction, grosse comme une orange, fluctuante par le palper et le toucher combinés et siégeant d'une manière évidente dans les annexes gauches. A droite les annexes paraissaient saines. La malade évidemment fébrile, très abattue, très anémiée, ne me paraît pas devoir avec avantage, supporter une laparatomie. Je pratiquai l'incision de la collection par la voie vaginale, dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche ; il sortit environ 150 gr. de pus bien lié. Lavage et drainage de la poche. L'ouverture fut faite au bistouri et ne donna lieu qu'à une perte insignifiante de sang. Le drain fut retiré 20 jours plus tard et la suppuration fut définitivement supprimée. La convalescence fut troublée, par une fièvre typhoïde prise à l'hôpital.

La malade revue plus tard, est restée parfaitement guérie et jouit d'une santé excellente, qu'elle n'avait pas eue depuis de longues années.

Observation XIV

(M. Bouilly)

Bulletin de la Société de Chirurgie, 2 juillet 1890 (Observ. IV)

Résumée. — Femme de 32 ans, assez bien constituée, un peu pâle, présentant des écoulements muco-purulents et sanguinolents avec règles prolongées et rapprochées.

Utérus gros, sensible, annexes appréciables et douloureuses surtout à droite.

Curettage le 46 mars 1890. Douleur et insomnie déterminées par la tige de laminaire ; les jours qui suivirent le curettage furent mauvais. Fièvre, douleur violente ayant

son siège principal et presque unique, à la partie antéro-externe de la cuisse gauche. Douleur à droite dans la partie inférieure de l'abdomen, mais moins vive. Quatorze jours après le curettage, tuméfaction appréciable dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche, perceptible à la fois par le toucher et par le palper. Avec les 2 doigts, on perçoit une fluctuation profonde, dans une masse de volume d'une petite orange.

Le corps de l'utérus est refoulé vers la droite, où existe une légère sensibilité.

Paroi vaginale souple, ou œdémateuse. Pas de modification dans la paroi abdominale, ni dans le membre inférieur gauche qui est dans l'extension.

Il s'est fait, à n'en pas douter, d'une façon aiguë, une collection purulente, tubaire assez volumineuse, avec périsalpingite et retentissement péritonéal.

Opération le 1^{er} avril, sous le chloroforme.

Ponction avec le plus gros trocart de l'appareil Potain en dehors d'une artère vaginale qui bat fortement, débrièvement de 2 cm. environ avec le bistouri et nouvel agrandissement de la plaie avec les mors d'une pince, cette incision conduit dans une grande poche, d'où le pus s'écoule en abondance, 200 à 250 grammes. Lavage de la poche, par un gros drain et tamponnement à la gaze iodoformée.

Les jours suivants, amélioration rapide, chute de la température, disparition des phénomènes douloureux à gauche, le malade se plaint encore un peu du côté droit.

Le 8 avril, le drain est supprimé, il n'y a plus de suppuration. Annexes du côté droit, toujours sensibles et appréciables par le toucher, sans qu'elles paraissent suppurées.

La convalescence dure pendant mai et juin. La malade

n'éprouve de vives douleurs qu'au moment des règles et elle part en juillet, par un long voyage en Autriche.

Observation XV

(M. Monod)

(ln. Th. Dally)

B..., 45 ans. Depuis un avortement fait en 80, la malade souffre du ventre surtout au moment des règles, qui sont très abondantes et suivies de leucorrhée.

En novembre 95, apparition subite, sans cause appréciable, de violentes douleurs dans le ventre, s'accompagnant de vomissements, de ballonnement et de constipation. Ces accidents durent 3 semaines, durant lesquelles la malade est demeurée alitée; en décembre 95, nouvelle crise.

Etat à l'entrée. — 1^{er} janvier (1896). — Etat très grave, ventre ballonné, très douloureux, vomissements verdâtres, fréquents, fièvre, examen local impossible.

8 janvier 96. — Ces accidents péritonitiques s'étant apaisés, on sent par le palper, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur très douloureuse, pas très dure, située parallèlement à l'arcade cruriale, très difficile à délimiter, paraissant plonger dans le petit bassin.

Par le toucher, col gros, ulcéré. Utérus un peu immobilisé, jeté en avant et à droite. Dans le cul de sac gauche, on trouve une grosse masse empiétant sur le cul-de-sac postérieur, bien accessible par le palper combiné; dans le cul de sac droit, mais plus profondément, autre masse moins appréciable, apyrexie.

12 janvier. — La malade a de nouveau de la fièvre, le soir, 40°, le matin, 37°,5. Elle souffre plus du ventre,

mais ne vomit pas. Au toucher, la masse ganche devient fluctuante, mais elle demeure toujours à distance du vagin.

14 janvier. — Opération. — Incision du cul de sac gauche. On pénètre presque aussitôt dans une première poche contenant un liquide séreux, louche, fortement chargé de pus. Il faut faire un violent effort pour crever avec le doigt une dernière poche, que l'on sentait derrière ; il s'écoule alors un flot de vrai pus, fétide ; cette poche ouverte, le doigt pénètre dans une cavité qui s'étend en haut et à droite.

A droite, on sent la seconde masse perçue avant l'intervention ; on préfère n'y pas toucher, parce qu'elle ne paraît pas fluctuante. Grand lavage de la cavité gauche et drains.

Suites opératoires. — Aussitôt après l'opération, la malade ne souffre plus, le soir même, la fièvre tombe. Pansement tous les deux jours.

29 Janvier. — Etat général excellent. Localement, non seulement la poche incisée et drainée s'est affaissée, mais la masse droite, laissée volontairement en place a beaucoup diminué aussi ; il ne vient plus que peu de pus par les drains.

3 Février. — Le drain est tombé, chassé par le travail de cicatrisation. Sortie le 6 février.

Le cul de sac gauche est un peu induré au niveau de la cicatrice ; la masse droite a complètement disparu.

Remarque. — Ce fait est encore un exemple de la disparition d'une masse annexielle, évidemment non suppurée, après évacuation d'un foyer suppuré du côté opposé.

Observation XVI

(M. Monod. In thèse Dally).

D..., 24 ans. Depuis Février 96, la malade tousse ; hémoptysies, amaigrissement, leucorrhée abondante, douleur à droite.

Etat à l'entrée (12 octobre 96).

Mauvais état général, fièvre. Par le toucher, masse volumineuse, remplissant les culs de sac postérieur et latéraux, remontant dans la fosse iliaque droite à 3 travers de doigt au dessus du pubis. Au spéculum on découvre un petit orifice fistuleux dans le cul de sac postéro-latéral droit, d'où sort du pus d'odeur infecte.

19 octobre. — Incision du cul de sac postéro-latéral droit. Flot de pus extrêmement fétide. Le doigt effondre alors péniblement une masse dure collée au bassin. En forçant le trajet fistuleux avec une pince, on ouvre enfin une deuxième collection très haut située, d'où s'écoule un flot de pus. On réunit les deux collections en déchirant. Drains.

Suites opératoires. — Chute immédiate de la température, l'état général devient rapidement excellent, l'écoulement purulent perd sa fétidité et se tarit.

14 novembre. — La cavité est comblée.

Sortie le 21 novembre. Les culs de sacs sont souples, pas de douleurs sauf en un point en arrière et à droite, au niveau duquel persiste une très légère sensibilité au toucher.

Observation XVII

(Inédite)

Hématocèle rétro-utérine (M. le Dr Lejars)

Maria M..., 33 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, le 31 août 1897. Elle ne présente pas d'antécédents pathologiques, elle s'est mariée à 23 ans et a fait un an plus tard, un accouchement normal, un enfant, qui meurt vingt-quatre heures après sa naissance.

Depuis cet accouchement, elle ressent fréquemment des douleurs abdominales avec irradiations lombaires, ces douleurs sont du reste peu intenses et ne l'empêchent pas de travailler.

La malade reste, sans avoir ses règles, de la fin du mois de juin au commencement d'août et alors apparaît un écoulement sanguin, durant 15 jours, mais peu abondant.

La malade se soigne d'abord chez elle, puis entre à l'hôpital, des douleurs ayant apparu avec cette perte de sang et allant plutôt en augmentant.

Le ventre est sensible, surtout à gauche ; le col utérin est un peu volumineux et porté en avant. Par le toucher, on sent à gauche et en arrière, une très grosse masse qui paraît soulever l'utérus en avant ; dans la fosse iliaque gauche, on sent une masse arrondie, en continuité avec celle de la cavité pelvienne : ces deux masses sont faciles à délimiter par le palper et le toucher combinés et plutôt sensibles que vraiment douloureuses.

Le 8 septembre 1897. — Incision du cul de sac postérieur, après curettage ; on tombe sur une poche posté-

rieure, tendue, qui est ouverte aux ciseaux : il sort une grande quantité de sang noir, en bouillie et en caillots. Lavage, détersion avec des tampons. La poche se rétracte spontanément de façon notable. Drain et tamponnement iodoformé

La malade présente un peu de température le soir et le lendemain de l'opération, mais cette fièvre ne dure pas et les suites opératoires, se présentent sans incident notable. Il n'y a pas de suppuration et la malade est guérie le 26 septembre 1897.

Observation XVIII

(Inédite)

Hémato-salpinx droit suppuré (M. le Dr Lejars)

D..., Marie, 22 ans, blanchisseuse, entre le 11 décembre 1896 à l'hôpital Beaujon, salle Huguier.

Cette malade a eu ses premières règles à 12 ans ; elles étaient très irrégulières, duraient huit jours, abondantes et non douloureuses. Jamais d'accouchement, ni de fausse couche. Ecoulement leucorrhéïque depuis le mois d'octobre dernier, jusqu'au mois de décembre.

Les règles du mois de décembre, survenues le 10, ont duré 3 jours seulement, abondantes et douloureuses, et depuis un mois déjà, existent des douleurs dans les reins, le bas-ventre et les cuisses ; ces douleurs, surtout accentuées à droite, ne se calment pas par le repos et décident la malade à entrer à l'hôpital.

Le palper abdominal est douloureux. On sent, par le toucher, le col fortement refoulé derrière la symphyse pubienne et, en arrière de lui, dans le cul-de-sac posté-

rieur, une grosse masse arrondie, se continuant dans la région hypogastrique, jusqu'à trois travers de doigt, au-dessus de la symphyse pubienne et formant une sorte de dôme arrondi ; cette masse est fluctuante.

La malade ne présente pas de température et son état général est assez bon.

Opération le 19 décembre 1896. Après incision du cul-de-sac postérieur, on aperçoit la poche qui bombe et qu'on ouvre au bistouri. Il s'écoule une grande quantité de pus, non mélangé de sang ; la paroi est épaisse et se laisse assez facilement attirer ; on la morcèle à mesure qu'elle se dégage et l'on finit par amener le fond. On place un Mickulicz et l'on tamponne le vagin.

Les suites opératoires sont excellentes ; il y a seulement le soir un peu de fièvre qui dure encore le lendemain et c'est tout. La malade sort guérie le 10 janvier 1897.

Observation XIX

(Inédite, M. Lejars)

Abcès rétro-utérin (pyo-salpinx adhérent suppuré)

G... Octavie, âgée de 41 ans, modiste, entre salle Guiguer, à l'hôpital Beaujon, le 28 janvier 1895.

Rien de particulier dans ses antécédents. Jamais de grossesse. Au mois de mai dernier, la malade a présenté de la cystite, qu'elle a fait soigner à l'hôpital Necker, mais d'une façon très irrégulière. Elle présentait en même temps un écoulement leucorrhéique.

Il y a une quinzaine de jours, la malade a été prise brusquement de douleurs dans les reins et le ventre, ces

douleurs n'ont, pour ainsi dire, pas cessé depuis et persistent même la nuit.

La constipation est opiniâtre, l'anémie complète et la malade très déprimée.

Le ventre est ballonné, dur, douloureux à la pression, et le toucher, également très pénible pour la malade, fait percevoir une grosse masse, qui remplit absolument les culs de sac, surtout le cul de sac postérieur.

28 janvier 1896. — Incision rétro-utérine, évacuation d'une abondante quantité de pus. Lavage et drainage de la poche et tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

L'état de la malade s'améliore rapidement, les pansements et les lavages sont renouvelés tous les trois ou quatre jours, il n'y a pas de fièvre et la malade sort, à peu près guérie, le 25 février 1896.

Cette malade est revue quelques jours après sa sortie. L'incision est fermée, il n'y a presque plus de sensibilité dans le cul de sac postérieur, mais on sent toujours de l'empâtement à droite.

Observation XX

(Inédite)

Hématocèle suppurée (M. Lejars)

R... Eugénie. 28 ans, ménagère, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, le 11 août 1898.

Premières règles à 13 ans, toujours régulières et non douloureuses.

Un accouchement il y a 5 ans, normal, sans suites pathologiques ; enfant vivant et bien portant.

La malade aurait eu une hématocèle, en janvier 1896.

Ses dernières règles ont eu un retard de 40 jours et ont été accompagnées de douleurs brusques dans l'abdomen et de quelques vomissements, la douleur et l'écoulement sanguin continuent depuis.

On sent par le toucher une grosse masse dans le cul de sac postérieur ; cette masse assez facile à délimiter, et simplement sensible, remonte un peu au-dessus de la symphyse pubienne.

Ces douleurs s'amendent par le repos, l'hémorrhagie utérine s'arrête et la malade est simplement traitée d'abord par le repos et des injections chaudes ; mais le 18 août, la fièvre apparaît et les douleurs reparaissent en même temps que le malade se sent moins bien ; la masse rétro-utérine laisse percevoir de la fluctuation et l'on intervient le 20 août.

L'incision du cul de sac postérieur donne lieu à l'issue de pus, mélangé de sang en bouillie et de quelques caillots. La poche est lavée à l'eau bouillie et drainée.

La température tombe à la normale le 4^e jour qui suit l'opération et l'on se contente alors de faire des injections vaginales tous les jours et de tamponner ensuite le vagin. La malade sort guérie le 17 septembre 1898.

Observation XXI

(M. Tuffier)

Pyo-salpinx gauche
Colpomotomie. Extirpation. Guérison

Léotitia D..., 30 ans, entrée à l'hôpital Beaujon, le 26 avril 1893. ne présente rien de particulier dans ses antécédents. Jamais de grossesses ; les règles sont un peu

douloureuses dès le début de la menstruation et le deviennent davantage après le mariage, qui a lieu à 22 ans.

Depuis cette époque, douleurs revenant par accès durant deux ou trois jours, siégeant dans le bas ventre et s'irradiant parfois dans les cuisses et à la région lombaire. Leucorrhée depuis 7 ans, dans l'intervalle des règles. Les douleurs se sont amendées, à la suite d'un curetage et d'un repos de 5 à 6 mois. Les douleurs sont revenues plus violentes, et surtout accentuées à gauche.

Etat à l'entrée. — Col gros. Utérus en antéversion, douloureux quand on le mobilise; dans le cul de sac postérieur. on sent une masse arrondie, dure, lisse, séparée de l'utérus par un sillon.

Opération le 29 avril 1893. — Incision du cul de sac postérieur; on amène la trompe et l'ovaire gauche dans le vagin et on les extirpe après avoir mis une pince; drainage à la gaze iodoformée. La trompe présente une poche pleine de pus et grosse comme un marron à peu près.

Les suites opératoires sont excellentes; on retire les mèches de gaze au bout de 10 jours et l'on fait tous les jours suivants des lavages au sublimé.

La malade sort le 20 mai, guérie. Le toucher ne dénote rien d'anormal à ce moment.

Elle est revenue se montrer en 1895; l'utérus est normal, non douloureux au toucher, mais sensible quand on cherche à le mobiliser. Rien dans les culs de sac.

Observation XXII

(M. Monod)

(*In Thèse Dally*)

P..., 35 ans. Il y a deux ans, métrite hémorrhagique,

curettage le 4 mai 1896 ; vers la fin des règles, douleurs abdominales, assez intenses pour forcer la malade à prendre le lit, qu'elle n'a pas quitté depuis.

Entre le 18 mai 1896. Mauvais état général. fièvre 38° le soir, douleur continuë dans le ventre, très intense surtout au moment des mictions. A l'examen local, col utérin normal, repoussé en avant, mais non collé contre le pubis ; corps normal, médian immobilisé et ne dépassant pas la symphyse pubienne. Dans le cul de sac gauche, masse volumineuse, très élevée, bien appréciable par le palper, de dureté fibreuse, sensible à la pression, empiétant sur le cul de sac postérieur où elle rejoint une masse dans le cul de sac droit, masse moins volumineuse, moins élevée, plus accessible par le toucher que par le palper ; elle s'étend un peu vers le cul de sac postérieur.

Par le toucher rectal, on se rend bien compte de la situation de ces deux masses latérales, séparées en haut, réunies en bas ; l'utérus est situé entre elles, repoussé en avant, un peu mobile de haut en bas, mais non transversalement. On perçoit enfin dans le cul de sac postérieur des parties dures, qui semblent des indurations de lymphangite péri-utérine.

Diagnostique et discussion du mode d'intervention. Le diagnostic de salpingite avec péri-salpingite éi-latérale, presque certainement suppurée, ne fait aucun doute.

Malgré la position élevée de la tumeur gauche, M. Monod ne croit pas devoir, avoir recours à la laparotomie. L'affection est en effet relativement récente, franchement inflammatoire. Il semble qu'il soit possible d'en obtenir l'évacuation à moins de frais que par la laparotomie qui serait nécessairement pénible, en raison de l'étendue des lésions et des adhérences qui existent certainement.

Même raisonnement à peu de chose près, pour l'hysté-

rectomie vaginale, qui serait peut-être moins dangereuse, qui est bien indiquée par la bilatéralité des lésions : à laquelle du reste on devra procéder séance tenante, suivant ce qu'enseignera l'incision exploratrice du cul de sac postérieur. M. Monod se décide donc à pratiquer celle-ci d'abord, tout en se tenant prêt à faire l'hystérectomie vaginale, s'il le faut.

Incision du cul-de-sac postérieur, un peu plus large que d'habitude, le doigt pénètre dans des parties dures qui se laissent mal traverser. Exploration à droite : de ce côté aussi, on trouve des masses dures, qui résistent au travail du doigt ; on parvient cependant par dilacération dans une cavité haut située, d'où s'écoule du pus, peu abondant (et stérile). On sent à bout de doigt, une bride transversale, qui représente assez bien une trompe épais-sie.

Exploration à gauche : même manœuvre et à peu près mêmes sensations qu'à droite, tissus durs qui se laissent difficilement déchirer, avec sensation d'une bride transversale, haut située ; mais nulle part une goutte de pus ne s'écoule. Gros drain garni de gaze iodoformée.

Suites. — Le 1^{er} juin on fait le premier pansement ; le drain est rempli de pus.

2 juin. — Matières fécales dans le vagin ; il n'y en avait certainement pas trace la veille, la malade ayant pourtant été à la selle le second jour.

Le pansement est refait soigneusement chaque jour.

7 juin. — Dilatation anale, les matières recommencent à passer par l'anus.

Du 7 au 14 juin, les matières passent de moins en moins par le vagin.

14 juin. — Plus de traces de matières fécales dans le

vagin, la fistule stercorale paraît fermée, il n'a donc fallu pour cela que 13 jours.

Sortie le 22 juin. Utérus mobile, légère induration au niveau de la cicatrice vaginale. Les deux culs-de-sac latéraux sont libres ; la malade n'a pas été revue.

Observation XXIII

(M. Bouilly)

In thèse Dally

Femme de 24 ans, malade depuis 7 mois, alitée depuis 5 mois, présente dans la fosse iliaque gauche, un empâtement diffus, profond, remontant à quatre travers de doigt au moins au-dessus de l'arcade crurale douloureuse à la pression. Par le toucher, on sentait le cul-de-sac latéral gauche déprimé et saillant, rempli par une masse régulièrement arrondie, élastique, paraissant se continuer avec le bord gauche de l'utérus, qui est immobile et se prolongeait dans le cul-de-sac postérieur.

Par la palpation combinée au toucher, la fluctuation est manifeste : la tumeur a environ le volume d'une grosse orange, la muqueuse vaginale glisse à sa surface.

Il n'y a de troubles, ni dans l'attitude, ni dans la fonction du membre inférieur gauche.

Laparatomie le 10 juillet 1890.— Mais la tumeur est si intimement adhérente aux parois du bassin, qu'il est impossible de passer les doigt entre elle et les parois, et qu'il me paraît tout à fait imprudent, soit de l'ouvrir dans cette profondeur, soit de chercher à la décortiquer. La malade sort le 2 août en parfait état général et entre à la Maternité le 12 octobre suivant.

La santé est meilleure, mais la tuméfaction est plus volumineuse ; elle a environ le volume d'une tête de fœtus à terme et fait une saillie plus nette et plus appréciable dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche. La fluctuation est très manifeste par la palpation combinée et paraît se produire quel que soit le point pressé.

Le 23 octobre, la collection est ouverte par le vagin, au thermocautère et laisse écouler environ 250 grammes de pus bien lié. Elle est drainée et largement irriguée avec une solution de sublimé à 1 pour 3.000 environ.

Le 2 novembre, il se fait une petite hémorrhagie pendant le pansement et le 3 l'hémorrhagie se renouvelle plus inquiétante, elle semble succéder à la chute d'une escharre ayant intéressé l'artère vaginale gauche. L'écoulement est assez péniblement arrêté et la malade syncopée au moment de l'accident, fut assez longtemps anémiée à la suite de cet accident.

Drain enlevé le 24 novembre. Suppuration complètement tarie dans les premiers jours de décembre. Depuis cette époque, la guérison est complète et ne s'est jamais démentie.

Observation XXIV

(M. Tuffier)

Pelvi-péritonite

Colpotomie postérieure. — Guérison

M... Jeanne, 24 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Beaujon, le 10 juin 1892.

Cette malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents soit héréditaires, soit personnels. 1^{res} règles
Fonvielle 7

à 15 ans, durant 5 à 6 jours, anticipant un peu, non douloureuses. Mariage à 19 ans. Rien à noter pendant les 2 premières années qui suivent son mariage. Vers le 6 juin dernier, au moment de ses règles, elle était occupée à travailler au dehors quand survint une averse : elle ressentit un frisson et ses règles s'arrêtèrent aussitôt ; le lendemain elle souffre dans le ventre, continue à travailler ce jour-là, mais est obligée de s'aliter le lendemain, les douleurs étaient alors très vives. Un médecin consulté la fait transporter à l'hôpital.

Etat à l'entrée. Etat général déprimé, ventre ballonné, pouls 120 par minute, température 38°4.

Par le toucher, on trouve le col appliqué derrière la symphyse pubienne, le cul de sac postérieur est rempli par une masse qui le déprime presque jusqu'à la vulve. Le ventre est très sensible, ballonné, douloureux spontanément ; la tumeur ressentie dans le vagin, remonte assez haut, presque jusqu'à l'ombilic et se prolonge aussi du côté du rectum, semblant siéger dans la paroi recto-vaginale.

Diagnostic hématocele suppurée.

Opération le 11 juin. Incision du cul de sac postérieur. Ecoulement d'un liquide séro-purulent 250 gr. environ, le pus est en petite quantité et il y a également des fausses membranes.

Lavage de la cavité à grande eau, application de deux gros drains, fixés par un crin, au niveau de la plaie. Le toucher pratiqué de nouveau à ce moment, fait découvrir que l'utérus est enclavé par des adhérences très solides dans le petit bassin, le diagnostic opératoire est donc pelvi-péritonite.

Tamponnement à la gaze iodoformée et pansement vaginal.

Les suites opératoires ne présentent aucun incident notable et la malade quitte l'hôpital vers le milieu du mois de juillet, guérie.

Elle n'a pas été revue.

Observation XXV

(M. Tuffier)

Phlegmon du ligament large

Colpotomie. — Guérison

Ch... Maria, 27 ans, couturière, entrée le 27 avril 1892, à l'hôpital Beaujon, salle Huguier.

1^{res} règles à 16 ans, menstruation pénible au début, irrégulière puis normale, régulière ne s'accompagnant ni de malaises, ni de douleurs. Santé bonne jusqu'à 23 ans, époque de son mariage.

Après 14 mois de mariage, 1 accouchement normal, à terme, sans suites de couches pathologiques ; depuis son retour de couches, la malade souffre dans le ventre à chaque époque menstruelle, mais ne présente rien d'anormal entre ses règles.

Le 15 avril 1892, 2^e accouchement à terme et facile. Quelques jours après cet accouchement, elle est prise de douleurs atroces dans le bas ventre et elle s'aperçoit en même temps que le côté gauche de son ventre grossit ; elle a de la fièvre, des nausées, des vomissements et présente en même temps des pertes rouges et blanches, d'odeur assez forte d'abord puis d'odeur infecte un peu plus tard. Elle entre à l'hôpital sur les conseils de son médecin, et reste quelque temps dans un service de médecine, on lui fait des injections vaginales et de la

révulsion hypogastrique. Après 8 jours de séjour en médecine, elle passa directement le 10 mai au pavillon d'opération,

Examen à l'entrée au pavillon. Etat général très mauvais, température 37°, pouls 120 par minute, le ventre est très sensible, on sent par le palper, une masse remontant jusqu'à 4 travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, du côté gauche. Par le toucher vaginal, on trouve le col dévié à droite, le cul de sac latéral gauche et le cul de sac postérieur remplis par une masse dure, l'utérus n'a pas encore repris son volume normal, on le sent à 3 travers de doigt au-dessus du pubis.

La malade présente des pertes abondantes et fétides. Opération le 11 mai. Température 40°. Diagnostic. phlegmon du ligament large aigu.

Incision dans le cul-de-sac latéral gauche, au niveau de l'empâtement; il s'écoule une petite quantité de pus très épais, lavage et tamponnement à la gaze iodoformée; les jours suivants on fait des injections intra-utérines après un curettage pratiqué le 15. La température, qui était tombée après l'opération, monte à 39° et persiste; le 14 mai, la malade est soumise à un grand lavage intra-utérin, mais ne se remet pas malgré cela. Le 22 mai, nouveau curettage et grand lavage intra-utérin, la fièvre tombe immédiatement et la maladie marche depuis ce moment vers la guérison: l'empâtement qui siégeait du côté gauche diminue à vue d'œil.

Le 1^{er} juin, un abcès se forme au niveau du pli fessier; il nécessite une incision qui laisse écouler un pus phlegmoneux. La malade continue à aller mieux; le 13 juin, à l'examen de la malade, on trouve que la masse a presque complètement disparu et la malade qui était dans un état déplorable, reprend des forces.

Par le toucher vaginal on constate que l'utérus est mobile, il reste au côté gauche une induration du volume d'une petite mandarine,

La malade sort guérie les premiers jours de juillet.

Observation XXVI

(M. Tuffier)

Hématocèle Suppurée *Colpotomie. — Guérison*

A..., 38 ans, entrée à la Maison Dubois le 21 janvier 1896, appartient à une famille de lithiasiques hiliaires. Cette femme a été réglée vers 12 ans 1/2, régulièrement, sans douleurs accompagnant les règles. Pas de leucorrhée; la santé a toujours été excellente jusqu'à il y a 7 ou 8 ans, époque à laquelle la malade a présenté des pertes abondantes; les règles durent 8 jours et ne sont toujours pas douloureuses.

La constipation est habituelle. Il y a 2 ans, hémorrhagie utérine subite, qui a inondé tout le lit; depuis 6 mois le ventre augmente avec sensation de pesanteur.

Dans ces derniers temps, les douleurs abdominales ont augmenté et s'irradient dans les reins; depuis le 2 janvier, elles sont incessantes et la malade a des nausées, des frissons et de la fièvre.

Examen à l'entrée :

La paroi abdominale est grasse, épaisse, on perçoit néanmoins une tumeur volumineuse, qui remonte au niveau de l'ombilic et occupe surtout le côté droit. Par le toucher on sent une tumeur dure, du volume d'une tête de fœtus, mobile avec la tumeur supérieure qu'à révélée le

palper ; pour arriver au col utérin, on est obligé de porter le doigt perpendiculairement au plan du lit, il est derrière la symphyse pubienne, tout à fait en haut et ne peut être aperçu au spéculum.

Le toucher rectal dénote la présence d'une tumeur lisse, arrondie.

En résumé : l'utérus est aplati contre la symphyse, la tumeur semble avoir 2 lobes, dont l'inférieur, en lame, a dédoublé la cloison recto-vaginale, et est senti dur par le toucher rectal.

Le 2^e lobe, enclavé dans le petit bassin, paraît difficile à mobiliser et remonte en haut jusqu'au dessous de l'ombilic. La vessie est collée contre la symphyse. Diagnostic : Fibrôme utérin sous péritonéal.

La malade présente le 23 janvier 38°4 de température ; on la prépare à une opération, bains, lavages vaginaux, régime lacté et antisepsie intestinale.

Opération le 28 janvier 1896. — Incision exploratrice du cul-de-sac postérieur du vagin, à mi-chemin entre le col et l'extrémité inférieure du vagin.

On tombe sur une masse indurée, consistante ; on arrive avec le doigt au 1^{er} foyer contenant du pus louable et des caillots, puis une 2^e et une 3^e poche contenant un liquide sanguino-purulent, en allant de plus en plus profondément.

La tumeur abdominale s'abaisse au fur et à mesure qu'on ouvre les différents foyers. Tamponnement de la cavité avec 3 mèches de gaze iodoformée. Pansement vaginal et vulvaire.

Suites opératoires. — Pas de vomissements, peu de douleurs, le soir de l'opération 38° avec pulsations 100 par minute ; le lendemain soir, température 37°. Pouls 80.

Il n'y a plus de douleurs, on sent une petite masse à droite.

Les suites sont bonnes, il n'y a plus de température, on remplace les mèches par 2 drains en canon de fusil et il sort une assez grande quantité de liquide purulent, le pus recueilli etensemencé, s'est montré stérile (31 janvier).

La malade quitte la maison de santé à la fin de février, guérie.

Observation XXVII

M. Tuffier

Pelvi-péritonite (post-abortive)

Colpotomie. — Guérison

R..., 29 ans, entre le 24 avril 1896 à la maison Dubois, ne présentant rien à noter dans ses antécédents héréditaires. 1^{res} règles à 12 ans, régulières, mais douloureuses ; fièvre typhoïde à 14 ans. Mariage en 1887, ni accouchements, ni fausses couches, la santé générale a toujours été bonne.

La malade est restée 2 mois sans avoir ses règles, ses seins auraient gonflé, elle aurait eu des nausées et des vomissements, lorsqu'il y a 15 jours, elle eut une congestion pulmonaire. Dans le cours de cette maladie, elle fut prise d'une hémorrhagie abondante, qui dura 6 jours et qui s'accompagna au dire de la malade de l'expulsion de caillots. Pendant les 10 jours qui précédèrent son entrée à la maison de santé, elle ne perdait plus, mais son ventre était devenu ballonné et elle avait des vomissements.

Examen de la malade :

Le ventre est ballonné, le pouls petit, vomissements, température 38°6. L'utérus est immobile et les hémorrhagies ont recommencé avec pertes de débris ressemblant à des fragments de placenta.

Le 28 avril. Curettage de l'utérus. L'utérus a 9 à 10 centim. de longueur, on extirpe des débris, semblables à des fragments de placenta, comme ceux que la malade a déjà perdus ; il se produit une hémorrhagie très abondante qu'on ne peut arrêter ni par les injections chaudes, ni par la teinture d'iode, on fait le tamponnement intra-utérin avec de la gaze iodoformée (3 mèches).

Le lendemain, la fièvre est complètement tombée, les vomissements ont cessé, la malade va beaucoup mieux, mais bientôt la température remonte, le ventre redevient douloureux, absolument immobilisé dans le petit bassin et les culs-de-sac sont complètement remplis.

Le 19 mai, on se décide à intervenir de nouveau. Incision du cul-de-sac postérieur. On tombe dans une poche purulente énorme, remontant jusqu'à l'ombilic. 3 mèches iodoformées dans la poche, 1 mèche dans le vagin. Suites opératoires bonnes. La malade est complètement guérie au bout d'un mois.

Observation XXVIII

(M. Tuffier)

Hématocèle rétro-utérine suppurée.

Colpotomie. — Guérison

L... Louise, 28 ans, passementière, entre à l'hôpital de la Pitié, le 19 février 1897. Régliée à 13 ans, régulièrement jusqu'à la 2^e grossesse (1889) ; à 19 ans, 4^{re} grossesse normale, à 20 ans, 2^e grossesse normale. Depuis cette der-

nière grossesse, les règles sont en retard de quelques jours, abondantes, d'une durée de huit jours en moyenne et non douloureuses, leucorrhée dans l'intervalle.

Ses dernières règles eurent lieu le 1^{er} février, furent en avance et aussi abondantes que d'habitude et durèrent jusqu'au 5; le 6 février, dans l'après-midi, la malade ressentit un point de côté violent au niveau du flanc droit, avec état nauséux, mais sans vomissements; le 7, douleurs vives dans l'hypogastre, un peu de ballonnement du ventre et constipation; le 8, fièvre.

Le 9, la malade entre à l'hôpital dans un service de médecine où l'on diagnostique « abcès pelvien ». Température, 39°.

Le 19, elle passe en chirurgie, salle Gerdy.

Etat à l'entrée. — La fièvre continue, monte jusqu'à 39°. Douleurs sourdes dans l'hypogastre, sans irradiation. Ballonnement du ventre, pas de pertes vaginales. On reconnaît par le palper que l'utérus est remonté à 3 travers de doigt au-dessus des pubis et l'on sent des masses indurées immobilisant l'utérus dans les 2 culs de sac latéraux. Au toucher, on sent dans le cul de sac postérieur, une masse volumineuse repoussant l'utérus en haut, douloureuse et rénitente.

Les culs de sac latéraux sont empâtés et semblent faire corps avec l'utérus; l'utérus est un peu gros, avec son col légèrement ramolli, déchiré à droite et à gauche.

Le rectum est libre, mais on sent une masse dans le cul de sac de Douglas bombant sur la face antérieure du rectum.

On fait le diagnostic d'hématocèle suppurée.

Opération le 19 février. — Anesthésie par l'éther. Colpotomie postérieure; l'incision du cul de sac postérieur faite, il s'écoule environ 300 à 400 grammes de liquide

sanguin, purulent, pas de caillots. Drainage avec un gros tube en croix, tamponnement vaginal à la gaze iodoformée et coton hydrophile au devant de la vulve.

Suites opératoires. — La fièvre tombe immédiatement; la température se maintient à la normale; l'état général s'améliore rapidement, l'appétit renaît et les douleurs abdominales ont disparu totalement.

21 février. — On change le pansement vaginal qui a été souillé par l'écoulement du pus.

26 février. — Le drain est retiré, il n'y a plus d'écoulement; on introduit néanmoins entre les deux lèvres de la plaie une petite mèche de gaze.

1^{er} mars. — Le pansement est supprimé, injections chaudes matin et soir, repos au lit, la vulve est protégée par un tampon de coton hydrophile.

6 mars. — La malade ne souffre plus et peut se lever.

9 mars. — Elle quitte l'hôpital: l'utérus a beaucoup diminué depuis l'intervention, il est mobile, on ne sent plus de tuméfaction rétro-utérine, la cicatrisation n'est pas tout à fait complète, les bords de la plaie sont un peu durs.

17 mars. — La malade revient se montrer; elle est toujours bien portante, les douleurs ont totalement disparu; l'utérus est tout à fait mobile, les lèvres de la plaie sont cicatrisées et on ne sent aucune induration.

Observation XXIX

(M. Tuffier)

Hématocèle

Colpotomie. — Guérison

R..., Berthe, 22 ans, modiste, entre à l'hôpital de la Pitié le 31 octobre 1897. Premières règles à 16 ans, dou-

loureuses, peu abondantes et plutôt irrégulières ; jamais d'écoulement leucorrhéique. A 21 ans révolus, grossesse sans accident, suivie en septembre dernier d'un accouchement normal. Les suites de couches furent bonnes, mais la malade fit des imprudences, marcha beaucoup, se fatigua et finit par ressentir pour la première fois des douleurs dans le ventre. Le retour de couches fut marqué par une abondante hémorrhagie qui dura 2 jours et fut accompagnée de douleurs et de fièvre ; les douleurs ont débuté à gauche, mais elles siègent maintenant dans tout le ventre, sans localisation bien nette. Ecoulement leucorrhéique.

La malade entré à la Pitié dans un service de médecine où on la traite avec de grands lavements et des injections vaginales très chaudes. Elle présente sur ces entre-faites de la fièvre et on la fait passer salle Gerdy ; le 31 octobre, la température était à 38° et monte jusqu'à 39° 4 le 2 novembre.

Etat à l'entrée. L'utérus est gros, le ventre est douloureux, les culs-de-sac du vagin sont libres et le cul-de-sac postérieur ne bombe pas.

Le 3 novembre, on pratique le curettage et la fièvre tombe immédiatement à 38° 1 ; après dilatation, on rencontre à l'intérieur de l'utérus de grands débris de muqueuse sans voir de débris placentaires ; la paroi utérine est tellement friable qu'on doit s'arrêter au cours de l'opération, de peur d'avoir une perforation utérine. Jusqu'au 9 novembre, la température reste à la normale, la malade se trouve bien, ne souffre plus dans le ventre et sent revenir son appétit.

Le 10 novembre, subitement, la fièvre remonte, les douleurs reviennent progressivement, sans douleur initiale subite ; la température oscille entre 37° et 38° jusqu'au 19 novembre où elle reste stationnaire.

Le 17, on pratique de nouveau le toucher, et l'on perçoit un empâtement du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac latéral gauche ; cet empâtement n'est pas très douloureux, mais la malade éprouve quelques douleurs lancinantes.

Opération le 20 novembre 1897.

Incision du cul-de-sac postérieur ; il s'échappe environ un verre à bordeaux de sang noir, non fétide, il y a des adhérences à la partie supérieure ; on draine avec une mèche de gaze aseptique.

Suites opératoires. Le 21 novembre, la température est à 37° 6 ; elle souffre encore un peu. La malade va de mieux en mieux les jours suivants, la température descend progressivement à la normale et la convalescence s'achève au Vésinet.

Cette malade n'a pu être revue, elle est retournée dans son pays, il y a quelques mois, après être restée cinq ou six mois à Paris, travaillant régulièrement et ne se plaignant d'aucune souffrance.

Observation XXX

(M. Tuffier)

Hématocèle rétro-utérine *Colpotomie. — Guérison*

J... Adrienne, 28 ans, couturière, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, le 23 décembre 1897. Cette femme qui a toujours joui d'une bonne santé, a été arrêtée dans son travail pour la première fois, il y a 2 ans. Au moment de ses règles, l'écoulement sanguin s'arrêta avant le terme habituel et la malade éprouva quelques douleurs surtout du côté droit au-dessus du pli de l'aîne. On lui applique

de la glace sur le ventre, on lui donne de l'opium à l'intérieur, puis elle entre à l'hôpital. On diagnostique : hématocele rétro-utérine et un traitement médical est institué, repos, injections chaudes.

Au bout de 2 mois, la malade ne ressentant plus aucun mal, part pour le Vésinet ; les règles sont un peu douloureuses le premier jour.

Au mois de décembre, au moment de ses règles, elle ressentit les mêmes douleurs toujours au même endroit ; les règles surviennent le lendemain mais durent moins que d'habitude et les douleurs augmentent surtout dans la station debout ; la malade est obligée d'entrer à l'hôpital. Le 26 décembre, le lendemain de son entrée, elle perd en rouge assez abondamment pendant 8 jours ; la constipation est à ce moment très accentuée.

Examen local. Le toucher et le palper combinés, montrent une tuméfaction fluctuante au niveau du côté droit, remontant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure et la malade présente le point douloureux de Mac-Burney. Le col est repoussé en avant et la muqueuse vaginale de la paroi antérieure est plissée par suite de l'abaissement total de l'utérus.

Le toucher vaginal est douloureux surtout à droite.

Opération. Colpotomie postérieure, évacuation d'une assez grande quantité de liquide 1½ de litre environ (sang et sérosité).

Le 12 février, l'utérus n'est pas encore mobile.

Le 15, la cicatrisation est complète et l'utérus se laisse un peu déplacer.

17 Février. — La malade part au Vésinet, l'utérus est mobile, le cul-de-sac souple, le vagin très court et résistant, le col utérin regarde un peu en arrière.

Observation XXXI

(M. Tuffier)

Suppuration Pelvienne
Colpotomie. — Guérison

M..., 25 ans, domestique, entre le 27 février 1898, à l'hôpital de la Pitié, « parce qu'elle souffre dans le ventre ».

La malade ne se souvient pas avoir fait de maladie dans son enfance; premières règles vers 16 ans, toujours régulières, durant 8 jours, peu abondantes et douloureuses seulement les 2 premiers jours; jamais de leucorrhée étant jeune fille. Mariage à 17 ans; les premiers rapports sexuels furent suivis de métorrhagies qui durèrent un mois et demi, et furent assez abondantes: la malade ne souffrit presque pas, mais elle perdit l'appétit et s'affaiblit d'une façon marquée: la malade ne peut dire si elle eut de la fièvre. Au bout de deux mois et demi, tout rentra dans l'ordre et elle recouvra à peu près sa santé habituelle. Les règles reparurent avec leurs caractères habituels, sans aucun écoulement leucorrhéique. Au bout de quatre ans, le mari meurt poitrinaire.

Cette femme n'a jamais présenté de grossesse. Il y a six ans, la malade vint à Paris, et présenta depuis ce moment des pertes blanches, peu abondantes d'ailleurs. En somme, cette femme aurait toujours été bien portante; se sentant assez forte et se livrant à des travaux plutôt pénibles, jusqu'à il, y a environ un mois et demi, époque où elle aurait eu la grippe et se serait passablement anémiée.

Il y a exactement quinze jours, la malade, dont les

règles s'étaient terminées la veille, fut prise subitement en marchant et sans motif apparent, d'une sorte de pesanteur dans le bas-ventre, qui s'accrut dans le courant de la journée. Vers le soir, elle présenta des borborygmes, ressentit une courbature générale et de la fièvre, qui l'obligèrent à s'aliter. Vers le matin, la malade se mit à vomir à plusieurs reprises un liquide jaune verdâtre, d'apparence bilieuse. En même temps, le ventre se ballonne les douleurs deviennent encore plus violentes et la malade eut de fréquentes envies d'uriner, sans rendre du reste grand chose, et de la diarrhée. La température monta encore, les symptômes, rappelant ceux d'une péritonite aiguë, allèrent en s'accroissant et le médecin qui la soignait en ville, jugea nécessaire de la transporter à l'hôpital.

Etat à l'entrée, le 23 février 1898.

Le ventre est très ballonné et la douleur rend impossible la palpation ; le toucher vaginal est également très douloureux, mais on parvient néanmoins à le pratiquer et à sentir un col de nullipare, fiché sur une masse dure extrêmement douloureuse, qui occupe tout le petit bassin, et au milieu de laquelle, on ne peut distinguer l'utérus. On pose le diagnostic de pelvi-péritonite aiguë et on institue un traitement médical d'abord : glace en permanence sur le ventre, glace à l'intérieur, piqûres de morphine, grandes douches vaginales chaudes et lavements. La température qui était à 39° à l'entrée, tombe à 38° le lendemain matin, mais le surlendemain elle remonte à 38-7 et le 3^e jour à 38-8, le 4^e jour elle est à 38° et tombe à la normale les jours suivants ; en même temps, le ballonnement du ventre a disparu, les vomissements ont cessé depuis longtemps les mictions redeviennent normales et les douleurs très tolérables. On juge que le pus est collecté et

on propose une intervention, la malade passe au pavillon Gerdy.

A ce moment, l'examen de la malade donne les renseignements suivants : Femme petite, bien constitué, fortement anémiée sans être amaigrie. Langue sale. Pouls 100, régulier, égal, assez fort. Température 36-7.

Le ventre est assez souple, peu douloureux, facile à palper, la palpation ne dénote d'ailleurs rien d'anormal, si ce n'est un peu d'empatement au niveau des fosses iliaques.

La vulve et le vagin sont étroits, le col de l'utérus est situé un peu à gauche et en avant, il est petit, de forme et de consistance normales, son orifice est arrondi. Le corps de l'utérus, légèrement antéfléchi, est en latéro-position gauche, refoulé par une masse dure, très douloureuse, inégale, qui occupe les culs-de-sac droit et postérieur et un peu aussi le cul-de-sac gauche ; le toucher encore très douloureux ne permet pas de juger exactement du volume et de la mobilité de l'utérus.

Opération le 3 mars 1898, anesthésie par l'éther.

Colpotomie postérieure qui, s'il est nécessaire servira de premier temps à l'hystérectomie vaginale. Aussitôt le cul de sac incisé, il s'écoule une certaine quantité de sang mélangé d'un peu de pus. Quand le doigt a libéré quelques adhérences, il se vide une nouvelle poche purulente dont le contenu sort avec beaucoup de sang ; comme la femme est jeune, on borne là l'intervention avec l'espoir que tout s'arrangera ; on place des mèches dans la plaie vaginale et on fait le tamponnement vaginal après avoir mis une sonde dans la vessie.

Suites opératoires. — La malade n'a presque pas souffert le jour de l'intervention, mais elle a beaucoup toussé et se trouve ainsi abattue. On fait une piqûre de

morphine et elle dort une bonne partie de la nuit. Pas de selles, pas de gaz.

4 mars. — Le ventre est souple, non ballonné, non douloureux à la pression. Le pouls est à 100°, régulier, mais faible. La malade ne souffre qu'au moment de ses quintes de toux, mais ressent à ce moment de violents déchirements dans le ventre ; elle a émis quelques gaz, mais ne va toujours pas à la selle. Pas de vomissements. Température, 37°5. Urines troubles, 500 grammes.

7 mars. — La malade va bien ; elle souffre seulement de brûlures, entre les cuisses, les organes génitaux externes sont rouges, enflammés, ainsi que le méat urinaire ; le sommeil est troublé par ces cuissons à la vulve.

La compresse qui couvre la vulve est souillée de pus fétide et de débris sphacèles.

8 mars. — Pouls 84°. Température normale. On enlève les mèches vaginales, elles sont très sales ; on donne dans la journée des injections vaginales dont le liquide revient sale. La malade se sent appétit et tousse beaucoup moins, tout en présentant encore des signes de bronchite généralisée.

14 mars. — La malade va très bien, elle ne souffre plus, si ce n'est en urinant, où elle éprouve une légère cuisson. L'appétit est excellent, les forces reviennent et la malade demande à se lever ; les injections vaginales sortent à peu près claires, mais la malade continue encore à perdre un peu de pus ; les nuits sont bonnes.

18 mars. — Etat général excellent. On sent dans le cul de sac postérieur qui est souple, une cicatrice transversale, très nette, non douloureuse ; l'utérus est mobile et non douloureux.

25 mars. — Depuis deux jours, la malade est grippée et tousse beaucoup. Les injections vaginales sortent claires, les mictions sont toujours un peu fréquentes et un peu

douloureuses, il existe un léger écoulement leucorrhéique.

5 avril. — La malade est envoyée au Vésinet ; elle ne souffre plus du tout du ventre, elle n'a pas de fièvre, il n'y a plus aucun écoulement, mais son appétit est mauvais, elle pâlit et tousse encore beaucoup et ses sommets sont tout au moins suspects. La guérison opératoire est en somme complète.

Observation XXXII

(M. Tuffier).

Hématocèle et Prosalpynx droit. Colpotomie. Guérison

L... Marthe, 24 ans, couturière, entre à l'hôpital de la Pitié, le 23 mars 98.

Cette malade n'a rien présenté de particulier dans son enfance, elle était un peu délicate et rien de plus. Premières règles à 16 ans, régulières, durant 4 jours, non douloureuses.

Il y a 3 ans, la malade a commencé à souffrir dans le ventre : les règles étaient prolongées, beaucoup plus abondantes et dans l'intervalle, leucorrhée considérable. Elle est soignée pendant 4 mois, pour une métrite et se remet à peu près complètement ; pendant deux ans tout va bien.

Le 17 mars dernier, 15 jours après la fin de ses règles, la malade éprouve subitement sans cause appréciable (si ce n'est un lavement qu'elle vient de prendre, parcequ'elle est constipée) des douleurs très vives dans le bas ventre, sans tendance à la syncope. La malade s'alite, les douleurs persistent avec toute leur intensité, nuit et jour, et ne sont calmées que par des injections de morphine. La constipation est absolue. Cinq jours après le début de ces accidents, apparaissent des hémorrhagies légères, mais conti-

nues et mélangées de liquide leucorrhéique et qui durent 5 à 6 jours. Le malade entre à l'hôpital le 23 Mars, sur les conseils de son médecin.

Etat à l'entrée. — Amaigrissement marqué; état général médiocre, ventre ballonné et sensible, difficile à palper. Le toucher qui est très douloureux fait percevoir une masse qui remplit le cul de sac postérieur du vagin, s'étend vers les parties latérales de l'utérus, surtout à droite; cette masse est pâteuse, douloureuse et remonte au dessus du pubis, elle déprime par en bas le cul de sac postérieur, où elle fait une sorte de saillie, le palper est surtout douloureux, à droite de la ligne médiane.

Opération le 1^{er} avril 1898. Anesthésie à l'éther. Incision du cul-de-sac postérieur. Aussitôt il s'écoule un liquide brunâtre mélangé de caillots absolument noirs et plus ou moins gros. Le doigt, introduit dans la plaie, sent une poche du volume d'une orange, située à droite et à gauche de la ligne médiane; cette poche contient encore de nombreux caillots qu'on évacue et qui ressemblent aux premiers. Sur la face postérieure de l'utérus, on sent un caillot plus volumineux que les autres et assez adhérent; amené au dehors, il est de couleur jaune grisâtre et de consistance ferme; à un moment donné, vers la fin de l'exploration, la poche qui est bien limitée et presque régulière se rompt en un point de sa paroi et l'intestin vient faire saillie avec un peu d'épiploon dans le vagin. En le refoulant, on perçoit à droite de la 1^{re} poche une tumeur du volume d'un œuf de poule, tumeur fluctuante qu'on rompt avec le doigt et qui laisse écouler un liquide purulent, jaunâtre, d'odeur fétide, donc hématosalpinx à gauche, pyosalpinx à droite. Drainage vaginal à l'aide de mèches; pas de sonde vésicale.

Suites opératoires. La malade a été très agitée toute

la soirée et une grande partie de la nuit ; elle n'a que peu souffert du ventre, mais a présenté à plusieurs reprises des vomissements de liquide aqueux, un peu teinté en jaune. Température, 37° 3. Nuit mauvaise, malgré une piqûre de morphine.

Les jours suivants, pendant un peu plus d'une semaine, le malade présente de la fièvre, la température monte jusqu'à 38° 8 et 39° ; l'état général n'est pas très satisfaisant, l'appétit est médiocre et la malade s'alimente peu. Le 7 avril, la malade, sans souffrir, a toujours de la fièvre ; le pouls est à 112, la langue est sale, les pommettes rouges, le ventre légèrement ballonné, quoique à peine sensible à la pression, la peau est sèche. La malade se sent faible, présente un écoulement rosé, d'odeur assez mauvaise. Le lendemain, la fièvre est encore un peu plus élevée et atteint 39° ; il faut dire que la malade a été un peu négligée et que le drainage n'a pas été fait comme on l'avait recommandé.

Le 10 avril, un des internes de service fait dans la cavité rétro-vaginale une grande injection avec une sonde intra-utérine, puis bourre cette cavité avec une mèche aseptique ; ce pansement est renouvelé tous les 2 jours. La fièvre tombe rapidement à la suite de ces pansements, le pouls est moins fréquent, et la malade se sent beaucoup mieux ; les pertes vaginales sont toujours rouges et assez abondantes.

16 avril. La malade va de mieux en mieux, ne souffre pas, n'a plus de fièvre, le ventre se laisse assez facilement palper et l'on sent un léger empâtement sus-pubien. La langue est moins saburrale, l'appétit meilleur. Les mictions sont fréquentes et peu douloureuses, les urines troubles. contiennent du pus. Pertes vaginales rosées, moins

abondantes ; on continue le traitement et on fait en outre des lavages vésicaux.

Le 18 avril, on supprime le drainage vaginal. on continue les injections.

Le 21 avril, la malade va très bien. ne souffre plus. n'a plus de fièvre ; le ventre est souple. non douloureux, un peu empâté seulement au-dessus du pubis. L'appétit est excellent et les digestions se font bien, mais la défécation est douloureuse et impossible sans lavements ; les mictions sont toujours un peu fréquentes, mais non douloureuses ; encore quelques pertes rouges, sans odeur. Urines normales.

Sortie à la fin d'avril, la malade qui souffre encore légèrement, va se reposer un mois à la campagne et rentre à Paris totalement guérie, les premiers jours de juin. La malade est revue fin novembre.

Etat général excellent. Les règles sont régulières, pas d'écoulement leucorrhéique ; il subsiste quelques douleurs très légères du côté droit, quand la malade se fatigue et surtout quand elle reste longtemps à coudre à la machine. La miction est un peu douloureuse, quand la malade fait quelque écart de régime.

Toucher. Utérus anté-fléchi, assez mobile, douleur légère en arrière à droite où l'on sent un petit cordon induré.

Observation XXXIII

(M. Tuffier).

Hématocèle rétro-utérine. Colpolomie. Guérison

Céline B., 40 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Pitié, le 20 Juillet 97.

Cette femme n'a rien présenté d'anormal dans son enfance. Premières règles à 12 ans et demi, régulières.

Premier accouchement à 17 ans, normal.

Deuxième accouchement à 20 ans, normal.

A 21 ans, première fausse couche de 4 mois 1½ à la suite de laquelle survinrent des hémorrhagies abondantes qui ont duré 5 jours ; elles apparaissent tous les jours vers deux heures. L'arrière-faix ne fut expulsé que le cinquième jour après le début des hémorrhagies, tous ces accidents se passant, du reste, sans que la malade ne demande un médecin.

Six semaines après cette première fausse couche, deuxième fausse couche suivie comme la première, mais en quantité moindre, d'hémorrhagies, la malade se plaignait en outre d'un point de côté à droite.

Un peu plus tard, troisième fausse couche de six semaines.

A 28 ans, la malade présente un troisième accouchement douloureux et laborieux.

Restée quelque temps seule, elle se remarie et contracte l'influenza ; elle a une nouvelle grossesse suivie d'un accouchement à terme, le travail dure très longtemps mais il n'y a aucun accident dans les suites de couches.

Il y a un an, 4^e fausse couche de six semaines. Pour la première fois, après son deuxième accouchement, la malade a eu des pertes blanches qui durèrent d'une façon intermittente jusqu'à aujourd'hui.

Vers le 4 ou 5 juillet, il y a une quinzaine de jours environ, la malade ressentit en travaillant une douleur extrêmement vive, subite dans tout le ventre. avec des phénomènes lypothymiques ; la malade perdit connaissance et on la mit au lit : le ventre était gonflé, dur et douloureux spontanément.

Les douleurs s'irradiaient dans les cuisses et jusqu'aux jambes, puis aux lombes et vers le périnée.

Le médecin de la malade diagnostique, poche sanguine et l'engage à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée. Le ventre est ballonné, douloureux spontanément et surtout à la pression ; le col utérin est plaqué derrière la symphyse pubienne et abaissé près de la vulve, l'utérus, un peu douloureux, est antéfléchi et peu mobile ; dans le cul-de-sac postérieur, on trouve une masse énorme qui le remplit complètement et vient faire une saillie très nette à ce niveau ; cette tuméfaction se prolonge de chaque côté dans les culs-de-sac postérieur et la pression du cul-de-sac postérieur est très douloureuse.

Par le toucher rectal, on peut s'assurer que la tuméfaction remonte très haut derrière l'utérus.

La malade ne présente pas de fièvre, mais elle est faible et amaigrie.

Opération le 27 juillet. Incision transversale dans le cul-de-sac postérieur ; il sort une énorme quantité (1 litre environ) d'un liquide noir, fluide, sans caillots. Le doigt introduit dans la poche rencontre une série de caillots qu'on extirpe. Ni l'utérus, ni les annexes ne semblent malades. La cavité rétro-utérine est bourrée de gaze aseptique et l'on place trois mèches dans la poche et deux dans le vagin.

Les suites opératoires furent excellentes ; la malade n'a présenté ni douleurs, ni température, ni vomissements, etc...

Le 29 juillet, on enlève les mèches et la gaze contenues dans la poche.

Elle quitte l'hôpital le 22 août, complètement guérie.

Observation XXXIV

(M. Tuffier)

Pelvi-périlonite aiguë. Colpotomie. Guérison

R. O..., 28 ans, femme de chambre, entre le 16 juin 1892, salle Huguier, à l'hôpital Beaujon.

Cette malade a toujours été de tempérament délicat et fut soignée, même, pour anémie.

A 22 ans, grossesse normale, suivie d'accouchement normal, à terme, sans suites pathologiques.

Au commencement de 1892, au retour d'une promenade à la campagne, un peu fatigante, elle est prise de frissons et de douleurs dans le ventre, surtout à la région hypogastrique.

Un écoulement leucorrhéique, qu'elle présentait depuis son accouchement, a augmenté considérablement ; ces divers phénomènes s'amendent un peu par le repos et l'application de cataplasmes laudanisés.

Le 11 juin 1892, elle est prise de nouveau de frissons, fièvre, douleurs abdominales avec irradiations dans la cuisse droite. Repos au lit pendant 3 jours. Devant la persistance des douleurs, elle entre à l'hôpital dans un service de médecine, elle est transportée le lendemain en chirurgie.

Etat à l'entrée, — Ventre très ballonné, tumeur mate à la percussion, remontant jusqu'à l'ombilic, tendue et douloureuse. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse nettement fluctuante, qui l'efface presque complètement.

Le facies est grippé, le pouls à 120 par minute et la température à 39°5.

Diagnostic. — Pelvi-péritonite aiguë.

Opération le 16 juin, sous le chloroforme. Le toucher est pratiqué de nouveau ; col utérin appliqué contre la symphyse pubienne ; incision du cul-de-sac postérieur, qui donne lieu à l'évacuation de 2 litres environ de liquide séreux.

On lave au sublimé, 2 gros drains en canon de fusil sont mis dans la poche et le vagin tamponné à la gaze iodoformée.

La température tombe immédiatement et la malade rapidement améliorée quitte l'hôpital, parfaitement guérie les premiers jours de juillet.

Observation XXXV

(M. Tuffier)

Péri-méthro-salpingite suppurée

Colpotomie et Hystérectomie secondaire

G..., 34 ans, domestique, entre à l'hôpital de la Pitié, parce qu'elle souffre du ventre, le 5 mars 1898.

Cette femme n'a jamais rien présenté d'anormal jusqu'à sa première grossesse, survenue en 1885, vers l'âge de 18 ans ; cette grossesse est suivie d'un écoulement à terme normal, avec enfant vivant et bien constitué, la malade se lève le 10^e jour et éprouve les jours suivants des douleurs abdomino-pelviennes en même temps qu'elle présente pour la 1^{re} fois un écoulement leucorrhéique qui tache le linge de vert. A ce moment, la malade prise d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, entre à la Charité et en sort complètement guéri, après un mois et demi de séjour.

Jusqu'il y a 2 ans, elle ne présente rien de particu-

lier si ce n'est une menstruation douloureuse, de la leucorrhée et des douleurs dans le côté droit avant les règles, douleurs exagérées par la marche.

Eu mars 96, à la veille de ses règles, elle éprouve dans l'hypogastre une douleur vive, qui l'oblige à s'aliter ; les règles surviennent le lendemain, un pus peu abondantes, la malade garde le lit 3 semaines et se rend à l'hôpital Laënnec ; elle souffre toujours ; elle entre dans le service de M. Delbet, le diagnostic n'étant pas net elle quitte l'hôpital ; 4 à 5 jours après, elle y revient comme on le lui avait recommandé, à la période menstruelle suivante et on pratique une intervention qui est acceptée par la malade.

Depuis cette époque, les douleurs à droite ont toujours présenté des alternatives d'une intensité ; les règles sont toujours douloureuses et peu abondantes, la leucorrhée persiste.

Il y a 15 jours, à la fin des règles et à l'occasion d'une fatigue, elle est prise d'une crise analogue à celle d'il y a deux ans et s'alite immédiatement, les jours suivants, elle présente de la dyspnée, de la constipation, de la fièvre et son état général est médiocre ; en fait des injections vaginales étendues et la malade entre à l'hôpital le 5 mars 1898.

Etat à l'entrée : Ventre ballonné, douloureux dans la région hypogastrique et surtout du côté droit ; on sent de ce côté, au-dessus de l'arcade de Fallope, un plastron dur et douloureux, avec obscurité du son à la percussion. Au toucher, on trouve l'utérus repoussé en avant et immobilisé par une tumeur occupant le cul-de-sac postérieur et se prolongeant sur le côté droit de l'utérus ; cette tumeur est dure et nullement fluctuante ; le toucher est beaucoup moins douloureux que le palper. Température 38°5. Pouls 120, régulier mais faible et dépressible.

Diagnostic. — Péri-méetro salpingite à la suite d'infection puerpérale.

La température continue les jours suivants à dépasser la normale 38°2, 38°3, 38°8, et la malade entre au pavillon Gerdy le 11 mars. Malgré le traitement médical qui a toujours été continué, la fièvre persiste et la malade ne s'alimente pas ; une intervention est décidée.

Opération le 17 mars 1898. — On renouvelle l'examen, le palper est douloureux surtout sur la ligne médiane au-dessus de la symphyse ; par le toucher, on sent le col irrégulier, entrouvert et regardant à gauche ; le corps de l'utérus sensible, plaqué contre la symphyse pubienne, en gainé et refoulé par une induration diffuse occupant les culs-de-sac postérieur et latéral droit ; le cul-de-sac gauche est libre. Ethérisation. Incision du cul-de-sac postérieur.

Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule une certaine quantité de liquide jaune clair, limpide (1½ verre environ) : le doigt introduit dans la plaie, pénètre à une grande profondeur dans une cavité bien limitée, au fond de laquelle, on sent une tuméfaction lisse, rénitente. Un coup de bistouri donné sur cette saillie, fait jaillir une quantité considérable de pus (2 grands verres), jaune, bien lié, d'odeur très supportable ; on lave le vagin à l'eau bouillie, et 3 mèches de gaze aseptique servent de drainage.

Le diagnostic opératoire est donc pelvi-péritonite enkystée et salpingite suppurée.

Suites opératoires. — La malade ne semble pas avoir beaucoup bénéficié de l'intervention, la température oscille entre 37° et 38°, les douleurs ne disparaissent pas totalement et la malade ne dort guère la nuit, l'appétit est médiocre et l'état général peu satisfaisant ; le drainage de la poche semble plutôt insuffisant, le toucher pratiqué de nouveau le 28 mars, montre l'utérus immobilisé et re-

foulé à gauche par une masse occupant la moitié droite du petit bassin, masse dure, bosselée, douloureuse ; dans le cul de sac postérieur, on sent une dépression anfractueuse correspondant à l'incision opératoire. On propose à la malade une nouvelle opération, l'hystérectomie qui est pratiquée le 24 mars ; les suites opératoires nécessitent beaucoup de précautions et l'état de la malade fut assez inquiétant jusqu'au 3 avril ; depuis, l'amélioration a fait de rapides progrès et la malade put sortir le 27 avril, guérie. A sa sortie, le toucher, nullement douloureux, fait sentir au fond du vagin une cicatrice irrégulière, étalée, granuleuse, non douloureuse, au centre de laquelle se trouve un orifice en forme d'entonnoir, large comme une pièce de 20 centimes.

Observation XXXVI

(M. Monod)

(In Th. Dally)

V..., 28 ans. Entrée le 10 juin 1895, malade depuis 2 mois, a été soignée en ville pour une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle s'est développée une tuméfaction dans le ventre, sur lequel on a appliqué une série de vésicatoires.

Etat à l'entrée. Etat général mauvais, pâleur, maigre, pouls fréquent. Température, 38° 9. Douleur à la pression dans tout le bas-ventre, aucune tuméfaction perceptible. Utérus gros, immobilisé ; de chaque côté de l'utérus, masse volumineuse, douloureuse à la pression, plus considérable à gauche (grosse orange). En raison de la bitéralité des lésions qui paraissent d'origine salpingienne, on se propose de faire l'hystérectomie vaginale avec ouverture ou ablation des masses péri-utérines ; on

décide cependant de procéder auparavant à la large ouverture du cul-de-sac postérieur.

Opération le 13 juin. Incision du cul-de-sac de Douglas ; il s'écoule aussitôt un flot de pus, infecte, jaunâtre, fécaloïde, de couleur et d'odeur, au point que M. Monod se demande s'il n'a pas ouvert le rectum ; un doigt est introduit dans l'anus et s'assure que la cloison recto-vaginale est intacte ; le pus sort d'une vaste cavité rétro-utérine, qui s'étend de chaque côté de l'utérus et paraît limitée en haut par des adhérences. Les masses senties par le palper avant l'opération paraissent affaissées.

En présence de cette constatation et surtout de la nature du liquide écoulé, qui permet de croire à une perforation de l'intestin, on renonce à pousser l'intervention plus loin. On se contente de placer 2 gros drains dans la cavité. Lavages antiseptiques.

Suites opératoires. — L'état général reste mauvais, l'écoulement franchement fécaloïde continue abondant. La malade s'affaiblit et meurt le 22 juin,

Autopsie. — Double salpingite tuberculeuse, ancienne, suppurée, tuberculose péritonéale. Vaste abcès enkysté dans le péritoine, remontant à droite presque sous le foie, et dans lequel s'ouvre une anse d'intestin grêle.

Observation XXXVII

(Résumée)

M. Tuffier

Honorine F..., entre à l'hôpital Beaujon le 26 mai 1893. A l'examen de la malade, on trouve l'utérus en rétroflexion, enclavé dans une masse, surtout volumineuse à

gauche et en arrière. Cette masse remonte assez haut dans l'abdomen, elle est lisse et renitente. Par la palpation et le toucher combinés, on croit sentir de la fluctuation.

Petite salpingite à droite.

Le ventre est douloureux à la pression.

Le diagnostic est salpingite ancienne, réveillée par une cause d'ailleurs inconnue.

Le 30 mai. — Incision du cul de sac postérieur. Ouverture de deux petites poches, qui donnent issue, à une quantité de pus, évaluée à 50 grammes; plus en arrière, on sent la trompe dilatée et nettement fluctuante, elle est incisée et donne plus d'un grand verre de pus.

Deux gros drains sont placés dans la plaie, lavage au sublimé et tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires sont mauvaises, vers 2 heures de l'après-midi, la malade se sent plus mal, a des frissons, les extrémités se refroidissent et se cyanosent et la mort survient au bout de quelques heures.

A l'autopsie, on trouve 3 poches, 2 petites et 1 grande, ouvertes et vides. A droite, une petite poche est intacte et contient du pus. Il n'y a nulle trace de péritonite.

On ne s'explique, en aucune façon, une issue fatale aussi rapide.



CONCLUSIONS

I. — La colpotomie postérieure est une bonne opération, à la condition qu'on ne veuille pas exagérer et multiplier ses indications.

II. — Ses indications sont en effet restreintes, mais quand elles sont nettement posées, l'intervention est en général bénigne et ne nécessite ni instrumentation compliquée ni connaissances spéciales de la part de l'opérateur.

III. — Elle est indiquée dans les hématoécèles rétro-utérines, définitivement constituées, à évolution pelvienne et bombant nettement dans le cul de sac postérieur.

IV. — Ses indications sont encore nettes, quand une poche purulente unilatérale, ou postérieure, vient faire saillie dans un des culs-de-sac du vagin.

V. — C'est également une bonne opération dans les salpingo-ovarites, quand les lésions tubaires ou ovariennes sont récentes et aiguës et quand la poche purulente adhère aux culs-de-sac vaginaux.

VI. — Elle est une ressource précieuse, sinon toujours curative, dans les cas aigus ou suraigus.

quand surtout il s'agit d'infection puerpérale ou post-abortive, que la suppuration siège dans le tissu cellulaire péri-utérin, dans les annexes ou dans le péritoine du petit bassin, car une intervention plus importante pourrait être trop grave, alors même qu'elle serait légitimée par l'importance de la lésion.

VII. — L'incision doit toujours être faite dans le cul de sac postérieur (même pour les collections latérales), avec un bistouri et couche par couche.

VIII. — Cette incision doit être large et l'on doit au besoin, faire des déchirements avec le doigt ou un instrument mousse, pour ne pas blesser d'organe important. Elle sera faite en rasant le col utérin, en arrière.

IX. — Les suites opératoires exigent, pour être bonnes, des soins rigoureux et une antisepsie scrupuleuse : le drainage de la poche en particulier doit être maintenu, tant qu'il sera nécessaire, avec le plus grand soin.

X. — La colpotomie devient notoirement insuffisante et très inférieure à la laparotomie ou à l'hystérectomie, quand les lésions sont complexes ou définitivement constituées, quand les poches sont multiples, quand elles sont haut situées et non abaissables et quand les lésions sont bilatérales.

Elle peut être, en outre, très dangereuse dans ces cas.

XI. — Elle est rationnelle, comme opération d'attente ou d'essai, chez des femmes jeunes, en pleine

activité sexuelle, et quand le diagnostic est peu ferme.

XII. — Elle ne compromet en rien le succès d'une opération radicale, quand celle-ci devient nécessaire ultérieurement.

Vu :
Le Président :
TILLAUX.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bonnet. — Gazette des Hôpitaux, 1892.
- Bourdon. — Revue Médicale, 1841.
- Bouilly. — Pathogénie des Aff. péri-utérines. (Sem. Gyn., Fév. 1896). Bulletin de la Soc. de chirurgie, 2 juillet 1870. Congrès de Genève (In. Ann. Gyn. Tome 46).
- Dally. — Thèse Paris, 1898.
- Delbet. — Traité des suppurations pelviennes.
- Dolérès. — Pratique gynécologique.
- Forgues et Reclus. — Thérapeutique chirurgicale. Tome II.
- Geullioud. — Débridement vaginal des collections pelviennes. (In. Archives de Tocologie, 1891).
- Hégar et Kaltenbach. — Traité de gynécologie opératoire. (Traduction française de Bar).
- Howard Kelly. — Congrès de Genève. (Ann. Gyn. Tome 46)
- Le Bonnardière. — Traitement des suppurations pelviennes (Ann. de Gyn. janvier et février 1896.
- Laroyenne. — Lyon médical, 21 février 1886. Ann. de Gyn. juillet 1893. Archives de Tocologie, Paris 1894, Tome XXI.
- Le Dentu. — Gazette des Hôpitaux, 27 février 1892.
- Macquart-Moulin. — Thèse Paris, 1897.
- Mangin. — Sem. Gyn., septembre 1896.
- Congrès de Genève. (Ann. Gyn. Tome 46).
- Massier. — Thèse Paris, 1898.
- Melon. — Thèse Bordeaux, 1888.
- Monod. — Bull. et Mém. Soc. de chirurgie, 1898.
- Nitot. — Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gyn., 5 mai 1892.

- Péan. — Gazette des Hôpitaux, 27 juin 1891.
- Pichevin. — Sem. Gyn., 11 avril 1895 et 5 octobre 1897.
- Picqué. — La gynécologie, juin 1898.
- Revue générale de Clinique et de Thérapeutique (octobre 1889, n° 40).
- Annales gynécologiques.
- Pozzi. — Traité de gynécologie.
- De la colpotomie (Sem. gyn., 15 février et 17 mai 1898).
- Quénu. — Société de Chirurgie, 17 mai 1898.
- Reclus. — Pelvi-péritonite aigüe et traitement (Congrès Français de Chirurgie, 1891).
- Pelvi-péritonite. Archives de Tocologie, 1891.
- Reynier. — Ann. de Gyn. Tome 46, page 182.
- Richelot. — Ann. de Gyn. Tome 46, page 206.
- Rodriguez. — Thèse Paris, 1895.
- Rosenblat. — Thèse Paris, 1896.
- Routier. — Ann. de Gyn., mai 1892.
- Bull. de Soc. de Chir., 14 novembre 1896.
- Sassy. — Thèse Paris, 1898.
- Saenger. — In Ann. de Gyn. Tome 46.
- Segond. — Traité de Chirurgie Duplay. Tome VIII.
- Congrès de Genève (In Ann. Gyn. Tome 46).
- Terrier. — Congrès Français de Chirurgie, 1896.
- Terrillon. — Sem. Médicale, 4 août 1886.
- Bull. de Soc. de Chir. 9 juillet 1890.
- Valentin. — Thèse Paris, 1893.
- Vallus. — Province Médicale, 1891.

